

Verlaufsuntersuchungen und Motivationsanalysen bei Alkoholikern

von

Herbert Adolf Platzer

aus

Haidhof



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der Nervenlinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen-Nürnberg
(Direktor: Professor Dr. H.H. Wieck)

Verlaufsuntersuchungen und Motivationsanalysen bei Alkoholikern

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
dem Fachbereich Medizin
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt
von
Herbert Adolf Platzer
aus
Haldhof

Gedruckt mit Erlaubnis des Fachbereichs Medizin der
Universität Erlangen - Nürnberg



Dekan: Prof. Dr. E. Rügheimer
Referent: Priv.-Doz. Dr. R. Baer
Korreferent: Prof. Dr. H. H. Wieck
Tag der mündlichen Prüfung: 20. September 1976

I n h a l t s v e r z e i c h n i s

- - - - -

I.	EINLEITUNG	1
II.	DIE ALKOHOLISMUS-PROBLEMATIK IN DER NEUEREN LITERATUR	
	1. Häufigkeit und Verteilung in der Bevölkerung	2
	2. Krankheitsbegriff, Verlauf, Typen	3
	3. Ursachen des Alkoholismus	6
	4. Wirkungen des Alkohols auf Körper und Seele	13
	5. Komplikationen des Alkoholismus	14
	6. Therapieversuche und Rehabilitation	24
III.	EIGENE UNTERSUCHUNGEN	
	1. Patienten und Methodik	26
	2. Statistische Ergebnisse	28
	a) Allgemeine soziologische Daten	28
	b) "Alkoholismus-Anamnese"	31
	c) Befunde	57
	3. Typologische Aspekte	62
IV.	DISKUSSION UND INTERPRETATION DER ERGEBNISSE	
	1. Allgemeine soziologische Daten	68
	2. "Alkoholismus-Anamnese"	73
	3. Befunde	93
	4. Typologische Aspekte	95
	ZUSAMMENFASSUNG	98
	LITERATURVERZEICHNIS	102

I. EINLEITUNG

Alkoholismus - Alkoholkrankheit - Trunksucht, das alles sind Synonyma für eine Krankheit, die in den letzten Jahren immer größere Bedeutung gewonnen hat und in allen Bevölkerungsschichten im Ansteigen begriffen ist. Nachdem sich die Wissenschaft schon lange in zunehmendem Maße mit diesem Problem beschäftigt, scheint die Krankheit nun auch das Interesse der Öffentlichkeit geweckt zu haben; dies tritt darin zutage, daß sich auch schon Fernsehprogramme ernsthaft mit dieser Thematik auseinandergesetzt haben.

Die steigende Zahl der Alkoholiker hat letztlich dazu geführt, daß immer mehr "Alkoholranke" stationärer Behandlung bedürfen; und so setzt sich ein beträchtlicher Teil der Patienten der psychiatrischen Stationen der Universitäts-Nervenlinik Erlangen aus Alkoholikern mit vielfach lebensbedrohlichen Komplikationen, die intensiv-medikamentöser Behandlung bedürfen, zusammen. Die Schwierigkeit der Behandlung des Alkoholismus ergibt sich nicht zuletzt aus der Mentalität des bayrischen Volkes mit seiner "permissiven" Einstellung zum Alkohol. Diese Einstellung wird bei der Bewertung des Bieres deutlich, das nicht so sehr als alkoholisches Getränk, sondern vielmehr als "Nahrungsmittel" betrachtet wird; und entsprechend groß ist auch die Rückfallsquote der schon einmal stationär behandelten Patienten. Viele kommen mit Rezidiven, die sich an Schwere nicht von der ersten Erkrankung unterscheiden.

So ließen es die steigende Zahl der Alkoholiker, die Schwierigkeit der Behandlung und die häufigen Rezidive notwendig erscheinen, den Alkoholismus für die örtlichen Gegebenheiten zu untersuchen und damit die Bemühungen um eine optimale Therapie dieser Krankheit zu unterstützen und neue, dazu verwendbare Erkenntnisse zu sammeln.

II. DIE ALKOHOLISMUS-PROBLEMATIK IN DER NEUEREN LITERATUR

"Bibliographisch vollständige Sammelreferate sind heute auch in der Alkoholforschung nahezu unmöglich geworden."

Mit dieser Feststellung leitet WIESER (1965) den zweiten Teil seiner Sammelreferate über Alkoholismus ein. Er will damit ausdrücken, daß dieses Problem in zunehmendem Maße das Interesse der Forschung geweckt und die "Feder" der Autoren "beflügelt" hat. Deutlicher weist WIESER (1962) auf diese Fülle von Alkoholismus-Literatur in der "Dokumentation" des ersten Teiles hin, wenn er feststellt, daß der "Current Abstracts of Alcohol Literature" im Jahre 1956 6000 Titel umfaßte, und man mit einer Zuwachsrate von etwa 400 Arbeiten pro Jahr rechnen muß. Im folgenden Kapitel wird ein kurzer Überblick über diese Literatur und die hauptsächlich von ihr behandelten Themen gegeben. Die Ausführungen stützen sich auf die umfassenden Sammelreferate von WIESER (1962, 1965), daneben dienen vorwiegend Arbeiten von BATTEGAY und RAUCHFLEISCH (1973), von FEUERLEIN (1971), JANZ (1973), REMY (1973) und STEINBRECHER (1973) als Quellen für das folgende Kapitel.

1. Häufigkeit und Verteilung in der Bevölkerung

"Alkoholismus - nach wie vor Suchtproblem Nr. 1", so lautet eine Abhandlung von HOLZGREVE (1971) über die "Rolle und Funktion der freien Verbände für Prophylaxe, Therapie und Rehabilitation." Im ersten Punkt, betitelt mit "Die konkrete Situation", bringt HOLZGREVE Zahlen, die sich auf Erfahrungsberichte aus Dörfern und Städten, Ambulanzstellen, Kliniken und Heilstätten stützen. Danach beträgt die Zahl der Alkoholiker in der Bundesrepublik einschließlich West-Berlin rund 1 % der Bevölkerung, das sind also etwa 600 000 Personen. Weiterhin gibt HOLZGREVE die Zahl der Jugendlichen mit etwa 8 % an, die Zahl der Alkoholikerinnen mit 12 bis 15 %.

Eine statistische Arbeit, betitelt: "Die Häufigkeit des Alkoholismus", liegt von FEUERLEIN und KUNSTMANN (1973) vor. Diese registrierten von 1969 bis 1971 in der Poliklinik des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie in München 474 Alkohol Kranke. Von diesen Patienten waren 28 %, also eine sehr große Anzahl, Frauen. 5 % der Patienten waren 25 Jahre und jünger, 22 % über 50 Jahre alt. Bei der Arbeit, in der ambulante Patienten ebenso wie konsiliarisch betreute stationäre Kranke berücksichtigt wurden, wurde ein Vergleich dieser Personen nach verschiedenen Gesichtspunkten, wie Geschlecht, Zivilstand, Alkoholismus-Typ, Alter und Beschäftigungsverhältnis, durchgeführt. Dabei zeigte sich, daß die konsiliarisch untersuchten Patienten sich mehr aus Arbeitern und Rentnern zusammensetzten und häufiger "Gewohnheitstrinker" (auf die Alkoholismus-Typen wird noch eingegangen) waren. Während bei den Frauen mehr Patienten mit gleichzeitigem Drogenabusus festgestellt wurden, waren unter den männlichen Alkoholikern mehr Gewohnheitstrinker.

2. Krankheitsbegriff, Verlauf, Typen

Der Begriff "chronischer Alkoholismus" wurde zum ersten Mal in der Mitte des letzten Jahrhunderts von dem schwedischen Arzt HUSS (1852) gebraucht. Seit dieser Zeit hat es in den verschiedenen Wissenschaftsbereichen an mannigfaltigen Ansätzen nicht gefehlt, den Begriff "Alkoholismus" zu fassen und eindeutig darzulegen. In Anlehnung an HUSS sieht LANGE (1927) im Alkoholismus eine organische Schädigung, verursacht durch exzessives Trinken. Im Laufe der Zeit sind immer wieder Abgrenzungen des Krankheitsbegriffes versucht worden, so von BACON (1946) und DUCHENE (1949). Schließlich bemühte sich auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahre 1950 um eine Definition. Das Resultat war für die Medizin

unbrauchbar. Schon 1951 wurde eine neue Definition gebracht; danach sind Alkoholiker "exzessive Trinker, deren Abhängigkeit vom Alkohol einen solchen Grad erreicht hat, daß sie deutliche geistige Störungen oder Konflikte in ihrer körperlichen und geistigen Gesundheit, ihren mitmenschlichen Beziehungen, ihren sozialen und wirtschaftlichen Funktionen aufweisen; oder sie zeigen Prodrome einer solchen Entwicklung. Daher brauchen sie Behandlung." Eine kurze und prägnante Erklärung bringt BLEULER (1966): "Wen der Trunk körperlich, psychisch oder in seiner sozialen Stellung deutlich geschädigt hat, wird als Alkoholiker bezeichnet."

Den Verlauf der Krankheit in gewissen "Phasen" hat JELLINEK (1960) beschrieben. So beginnt die Krankheit mit der "präalkoholischen Phase", wobei der Alkoholgenuß sozial motiviert ist und zu einer Erleichterung von seelischen Spannungen führt. Diese Phase geht über in die "Prodromalphase", welche einhergeht mit Konsumierung von immer größeren Alkoholmengen, "alkoholischen Palimpsesten", heimlichem Trinken und psychischer Abhängigkeit. Die anschließende "kritische Phase" imponiert hauptsächlich durch den Kontrollverlust, das heißt, der Alkoholiker muß, wenn er mit dem Trinken begonnen hat, weitertrinken, bis der Rausch oder eine Krankheit ihn daran hindern. Die "chronische Phase" schließlich wird beherrscht von länger dauernden Rauschperioden. Es stellt sich allmählich ein ethischer Verfall ein, die Alkoholtoleranz verringert sich, und es zeigen sich Anzeichen von metalkoholischen Psychosen. LANGEN (1973) hat vorgeschlagen, bei diesem Krankheitsverlauf lieber von "Stadien" als von "Phasen" zu sprechen, da Phasen Vorgänge sind, die sich wiederholen und zum Ausgangspunkt zurückkehren, während Stadien eine fortlaufende Entwicklung darstellen.

Der "Fachausschuß für Alkohol und Alkoholismus" der WHO aus dem Jahre 1954 beschäftigte sich mit gewissen, aus den Merkmalen des "alkoholischen Prozesses" herausragenden, Symptomen, nämlich dem "Verlangen" nach Alkohol, den "Entziehungssymptomen", dem "Verlust der Selbstkontrolle" und der "Alkoholamnesie." Der Fachausschuß unterscheidet zwischen "körperlicher Abhängigkeit", wobei durch Genuß von Alkohol die Entziehungssymptome unterdrückt werden sollen, und einer "psychologischen Spannung", die auch bei Fehlen von Entziehungssymptomen eine "pathologische Begierde" nach Alkohol zur Lösung dieser Spannung hervorruft. Weiter wird an einen "physiopathologischen Zustand" gedacht, der nach Tagen oder Wochen der Abstinenz zum Rückfall führen kann. Der Ausschuß teilt weiterhin die Entziehungssymptome in zwei Gruppen ein. Diese umfassen nach "relativ kurzen Perioden dauernden, schweren Trinkens": Tremor, Schwäche, Schweißausbruch, Hyperreflexie, Schlaflosigkeit, Anorexie, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, leichte Hypertension mit schlaffer Haltung und eine leichte Erhöhung der Körpertemperatur. Nach einer ausgedehnten Periode sehr schweren Trinkens können sich diesen noch Krämpfe und geistige Störungen anschließen. Weiterhin wird der Unterschied zwischen der "Unfähigkeit, mit dem Trinken aufzuhören" und dem "Verlust der Selbstkontrolle" formuliert, worauf wir später noch eingehen werden. STEINBRECHER (1973) erklärt diesen Kontrollverlust beim Alkoholiker mit der Wirkung des Alkohols auf die dorso-medialen Thalamuskern. Durch seine Wirkungen auf die dorso-medialen Thalamuskern vermindert der Alkohol Angst sowie Mißempfindungen beziehungsweise hebt sie auf. Durch Gewöhnung steigern sich aber die Angstzustände und Mißempfindungen aufgrund der kürzeren Wirkungsdauer des Alkohols. "Äußerstes Unbehagen induziert erneutes Trinken, beginnendes Nachlassen der Angst oder Mißempfindung be-

wirkt nun den Kontrollverlust ..."

Neben der ausführlichen Beschreibung der Krankheit hat JELLINEK (1960) eine differenzierte Typeneinteilung der Alkoholiker vorgeschlagen. Danach unterscheidet man einen "Alpha-Trinker" (ein Problembeziehungsweise Erleichterungstrinker) mit seelischer Abhängigkeit, weiterhin einen "Beta-Trinker", der lediglich ein Gelegenheitstrinker ist, ohne psychisch oder physisch abhängig zu sein. "Gamma"- und "Epsilon-Trinker" zeichnen sich unter anderem durch Kontrollverlust aus, der bei letzterem episodisch eintritt, während der "Delta-Trinker" ein Gewohnheitstrinker ist, nicht fähig, abstinent zu bleiben.

3. Ursachen des Alkoholismus

Bis heute noch ungelöste Probleme hat die Entstehung der Alkoholkrankheit der Forschung aufgegeben. Es gibt eine Vielzahl Hypothesen und Meinungen, die zum Teil in heftigem Widerstreit zueinander stehen.

Im Jahre 1947 stellte WILLIAMS (1947) eine "genetotrophische" Theorie auf. Er geht von einem, durch genetische Hemmfaktoren bedingten, ererbten abnormen Stoffwechsellmuster mit enzymatischen Eigenheiten aus. Durch diese Eigenheiten ergibt sich die Unfähigkeit der ausreichenden Nahrungsverwertung, was allmählich zu einer "Mangelernährung" führt. Aus dieser Mangelernährung wiederum erklärt sich ein anormal starkes Verlangen nach Alkohol. Experimentelle Tierversuche sollten diese Theorie untermauern. McCLEARN und ROGERS (1961) wiesen im Tierexperiment nach, daß es verschieden große Alkoholbevorzugungen unter einzelnen Mäusestämmen gab. Das verschieden große Verlangen einzelner Tierarten nach Alkohol ließ die Frage nach den ererbten Bedingungen des Alkoholismus von der Sicht der genetotrophischen Theorie her wieder aufrollen.

Etwas ganz anderes hingegen meinen BATTEGAY und RAUCHFLEISCH (1973), wenn sie von einer "hereditär-konstitutionellen Wurzel" des Alkoholismus sprechen. Sie wollen damit in Übereinstimmung mit JELLINEK (1945) ausdrücken, daß bestimmte, zum Alkoholismus prädisponierende Charaktereigenschaften vererbt werden. Genetische Faktoren sowie auch Umgebungsfaktoren machten PARTANEN, BRUUN und MARKKANEN (1966) aufgrund ihrer Untersuchungen an eineiigen Zwillingen für das Entstehen des Alkoholismus verantwortlich; und FEUERLEIN (1971) weist in seiner Abhandlung über die "Ursachen des Alkoholismus" auf eine deutsche Statistik hin, nach der 13 % der Alkoholiker familiär mit Alkoholismus belastet sind.

Eine "endokrinologische" Theorie untersucht die Wechselwirkungen zwischen Alkohol und Endokrinium. RICHTER (1956) fand bei Ratten eine verminderte Alkoholappetenz nach Gabe von Schilddrüsenpräparaten und behauptet, daß Alkoholismus bei Hyperthyreoidismus selten, bei Hypothyreoidismus dagegen häufig ist. Seine Behauptungen fanden jedoch in einem Experiment von AUGUSTINE (1967) an 109 Alkoholkranken keine Bestätigung.

Die Wirkung des Alkohols auf das Hypophysen-Nebennierenrinden-System kann man als eine "Streßwirkung", das heißt, eine die Hypophyse stimulierende Wirkung, mit anfänglicher Hypersekretion, jedoch allmählicher Erschöpfung mit Zelldegeneration, bezeichnen. Nach GOLDFARB und BERMAN (1949) ist der Alkoholiker ein mit einem schwachen endokrinen "Alarmsystem" ausgestattetes Individuum, das den Alkohol braucht, damit über die Hypophyse alle anderen endokrinen Drüsen stimuliert werden. Nur so kann er mit den Konflikten des täglichen Lebens fertig werden. Den Vertretern der endokrinen Hypothesen stehen die Versuche von ZARROW, ADDUS und DENISON (1960) gegenüber. Diese wiesen an

Ratten, die auf verschiedene Weise künstlich in ihrem Endokrinium gestört wurden, nach, daß bei diesen Tieren Alkoholismus nicht bevorzugt auftrat.

WIESER (1962) zweifelt an der Berechtigung, von solchen Tierversuchen auf die Sucht des Menschen zu schließen; auch vermißt er unbedingt notwendige Verhaltensstudien an den Versuchstieren. Weiterhin bemängelt WIESER, daß die somatischen Hypothesen den Zusammenhang zwischen hereditären und umweltbedingten Faktoren nachweisen wollten, dabei aber lediglich von einem praedisponierenden Stoffwechsellmuster ausgingen, ohne zu fragen, ob dieses vor der Sucht auch schon gestört war; und W. McCORD, J. McCORD und GUDEMAN (1959) fanden als Ergebnis ihrer "Cambridge-Somerville"-Studie, daß sich die von ihnen untersuchten Alkoholiker vor Beginn der Sucht weder stoffwechsellmäßig noch endokrinologisch von Nichtalkoholikern unterschieden.

"Psychoanalytische" Theorien wollen als Ursache der Sucht die Struktur der Persönlichkeit mit ihren frühkindlichen "Fixierungen" sehen. Die ursprüngliche Persönlichkeit ist den Belastungen des Lebens nicht gewachsen und reagiert auf Frustrationen mit dysphorischen Verstimmungszuständen, welche mit Alkohol behoben werden können. Das dabei entstehende Lustgefühl zeigt Merkmale der praegenitalen Stufe der Libidoentwicklung und trägt damit deutliche Kennzeichen eines "oralen" Charakters.

Von den verschiedenen Forschern werden schließlich auch bestimmte Einzelheiten unterschiedlich stark herausgehoben. Während RADO (1933) sich mit dem Problem der Homosexualität beschäftigt und auf selbstzerstörerische Tendenzen beim Süchtigen hinweist, beschreibt KNIGHT (1937) einen "circulus vitiosus", der mit "Riesenansprüchen auf Triebbefriedigung" beginnt. Als weitere Psychoanalytiker sind SIMMEL (1948) und

BIRD (1949) zu nennen. Ersterer unterscheidet zwischen einem "sozialen" und einem "reaktiven" Trinker, bei denen jeweils der Alkohol das "Ich" gegen äußere Belastungen abschirmt. BIRD sieht in Anlehnung an Freud die Alkoholismus-Ursachen in einer zunehmenden Auseinandersetzung des Menschen mit seiner inneren Realität.

Was die Untersuchungen über die Familien der späteren Alkoholiker betrifft, so sei auf die Erhebungen von BATTEGAY (1961) hingewiesen, der fand, daß ein Großteil der Patienten in sogenannten "broken-home"-Familien aufwuchs. BATTEGAY und RAUCHFLEISCH (1973) führen so deren Alkoholismus auf ungenügend befriedigte orale Bedürfnisse zurück. Dies ist für sie auch der Grund, warum Alkoholiker relativ häufig Ehen mit älteren Frauen eingehen.

In neuerer Zeit haben "soziologische" Deutungen des Alkoholismus immer mehr an Bedeutung gewonnen und auch die Psychiatrie beeinflußt. Während die ältere Psychiatrie bemüht war, das Fehlverhalten des Alkoholikers in Primär- und Sekundärgruppen zu erforschen, bemühen sich die Soziologen, die Ursachen des Trinkens aus dem gesellschaftlichen Hintergrund des einzelnen herzuleiten. Wichtige Vertreter kommen aus dem angelsächsischen Raum. Die Gesellschaftswissenschaftler untersuchen die soziale Funktion des Trinkverhaltens in bezug auf die Interessen des einzelnen. Sie zeigen auf, daß bestimmte Ideologien für das Trinken entwickelt wurden, weiterhin, wie die Art des Trinkens, sowie auch die Zeit und der Ort durch die Gesellschaft geregelt sind, und welche Maßnahmen die Gesellschaft gegen Ausbrecher aus dieser Norm ergreift.

FEUERLEIN (1971) beschreibt beim "Sozialfeld" der Ursachen des Alkoholismus vier Kulturformen, die sich hinsichtlich ihrer Einstellung zum Alkohol und Alkoholgenuß unterscheiden:

1. die "Abstinenzkulturen", mit dem Verbot des Alkoholgenusses überhaupt,
2. die "Ambivalenzkulturen", bei denen häufig "Konflikttrinker" anzutreffen sind,
3. die "Permissivkulturen", zu denen FEUERLEIN neben den romanischen Ländern auch zum Teil Österreich, die Bundesrepublik und die Schweiz rechnet, schließlich
4. die Kulturen, die auch Exzesse und pathologisches Trinken dulden. Diese gibt es aber in Reinform nicht.

BENOS (1973) analysiert die Trinksitten der süd-europäischen Bevölkerung unter besonderer Berücksichtigung Griechenlands. Er stellt dar, daß die Ursache für die dort herrschende Ablehnung des Rausches und der alkoholischen Exzesse in der "zyklothymen Natur" dieser Völker, die eine Abneigung gegen das kontaktarme Verhalten des Konflikttrinkers hegt, zu suchen ist. FEUERLEIN (1971) führt als Beispiel für "rauscharmes Gewohnheitstrinken" Frankreich an, das den höchsten Alkoholverbrauch der Welt hat.

Eine interessante Arbeit über das gesellschaftliche Verhalten liegt von BACON vor. Das Hauptergebnis seiner Untersuchungen ist, daß beim Alkoholiker erstens eine schwach ausgeprägte Bindung zum Partner vorliegt, zweitens auch eine erschwerte Teilnahme an anderen Primär- und Sekundärgruppen besteht. Gemäß den Untersuchungen zeichnet sich ab, daß die schlechte Partnerschaft, sowie andere soziale Defekte dem Alkoholismus vorausgehen und nicht durch ihn verursacht werden. In diesem Zusammenhang bezeichnet WIESER (1962) die Alkoholiker als "soziale Mangelwesen, die von Hause aus zu Schwierig-

keiten in der Bildung sozialer Substrukturen neigen".

Die Ergebnisse seiner Arbeit interpretiert BACON mit der Behauptung, daß nicht so sehr die sekundären Sozietäten, als vielmehr festgefügte Primärgruppen, speziell die Ehe, für den einzelnen von großer Bedeutung sind. Die Unfähigkeit, sich solchen Gruppen einzugliedern, verlangt nach einem Ersatzmittel, nämlich dem leicht zu erlangenden Alkohol.

JACKSON (1954) untersucht die Auseinandersetzungen der Familie mit dem trunksüchtigen Vater und schildert, wie allmählich die Mutter seine Rolle übernimmt.

Eingehend wurde auch die Bedeutung des Alkoholismus für die Industrie untersucht, und es wurde dargelegt, welche Probleme sich dadurch für die Wirtschaft ergeben. Bei solchen Erwägungen darf aber die Gefahr, dem Alkohol zu verfallen, die durch bestimmte Berufe hervorgerufen wird, nicht übersehen werden. BATTEGAY und RAUCHFLEISCH (1973), FEUERLEIN (1971) und auch JANZ (1973) weisen auf die berufliche Gefährdung bei Gastwirten, Brauereiarbeitern, Kellnern, Bau- und Straßenarbeitern und ähnlichen Berufen hin. FEUERLEIN (1971) bemerkt jedoch auch, daß Alkoholiker angeblich absichtlich alkoholnahe Berufe suchen, um so besser an das Suchtmittel heranzukommen. Eine interessante Studie, die dieses Problem berührt, liegt von JÄHNIG und SZEWCZYK (1971) vor; sie sehen Berufe, die wenig Qualifizierung verlangen, als Sammelpunkt für "Dissoziale", die häufig Alkoholiker sind, und andererseits für "Schwachsinnige", die durch erstere zum Alkoholgenuß verführt werden.

ROMMENEY (1971) weist in seiner Abhandlung: "Rechtsmedizinische Auswirkungen des Alkoholismus" auf ein-

drucksvolle Lebensberichte von Gewohnheitstrinkern hin, die straffällig wurden. Diese wollen "jahrelang ihre mannigfachen Gesundheitsstörungen ertragen und auf das Gefühl körperlichen Wohlbefindens verzichtet haben, weil sie sich verpflichtet fühlten, den im beruflichen Kollektiv herangebildeten Trinkordnungen zu gehorchen".

Was den gesteigerten Alkoholverbrauch bei Frauen betrifft, so sind sich in diesem Punkt die Sozialwissenschaftler einig, daß dies das Ergebnis des Wandels der Stellung der Frau in der Gesellschaft ist. BOCHNIK, BURCHARD und DIECK (1959) sprechen von einem "Neutralisierungsprozeß" und sehen eine Angleichung der Rollen der beiden Geschlechter insofern, als auf dem sozialen Gebiet auf die Frau immer mehr auch jene Belastungen zukommen, die sie früher nur von den Männern her kannte.

Auch auf die aktuellen Lebenssituationen, die zur Entstehung eines Alkoholismus führen können, wird in der Literatur hingewiesen. BATTEGAY und RAUCHFLEISCH (1973) erwähnen sie, und auch BLEULER (1966) beschreibt den Zusammenhang zwischen Lebenslage, Beginn und Verschlimmerung des Alkoholismus und nennt als kritische Punkte das Verlassen des Elternhauses, Eheschließung ohne Liebesfähigkeit, Ehekrisen, Trennung, Tod eines Ehegatten und Entwurzelung aus dem traditionellen Herkommen; ferner berufliche Hast, Arbeitslosigkeit oder Pensionierung.

Die Ursachen eines steigenden Jugend-Alkoholismus sehen BATTEGAY und RAUCHFLEISCH (1973) in einer immer früheren Konfrontation der Jugend mit den Belastungen der Gesellschaft. Auf die Tatsache, daß das Elternhaus zum Teil für die Trinksitten verantwortlich ist, weisen JÄHNIG und SZEWCZYK (1971) und FEUERLEIN (1971) hin. FEUERLEIN erwähnt weiterhin einen "Freizeit-Alkoholismus", zu dem ein neuerli-

cher "Fernseh-Alkoholismus" hinzukommt. Seiner Meinung nach sind große Teile der Bevölkerung "bildungsmäßig und auch von ihren äußeren Gegebenheiten her nicht genügend auf das wesentlich gesteigerte Angebot an Freizeit vorbereitet".

4. Wirkungen des Alkohols auf Körper und Seele

BLEULER (1966) beschreibt ausführlich die "körperlichen Schädigungen" des Alkoholismus und nennt Zittern an erster Stelle, ferner Anzeichen einer leichten Polyneuritis, Magenkatarrh und Leberbefunde. Er weist auch auf den gestörten Schlaf als Motivation für erneutes Trinken hin. Die psychischen, jedoch noch nicht psychotischen, Veränderungen werden in der sogenannten "alkoholischen Wesensänderung" deutlich. Als dritten und letzten Faktor, welcher nach der von ihm gebrachten Definition einen Alkoholiker ausmacht, nennt er die "sozialen Schädigungen."

TAKALA, PIHKANEN und MARKKANEN (1957) machten es sich zur Aufgabe, Persönlichkeitsveränderungen unter Alkoholeinfluß zu charakterisieren. Sie beobachteten bei Gabe von hochprozentigen Alkoholen eine Zunahme von aggressiven Äußerungen mit verminderter Selbstkritik. Bei Biertrinkern hingegen nahm eher eine gewisse Passivität zu. 1972 arbeitete RAUCHFLEISCH (1972) in seinen Untersuchungen eine für Süchtige typische Charakterstruktur heraus, die in einer besonderen Form von psychischer Desintegration mit Affektlabilität besteht, der die Kranken passiv gegenüberstehen. Mit psychologischen Testverfahren wurde versucht, die Persönlichkeitsbilder von Alkoholkranken zu erfassen. Es ergab sich eine weitgehende Bestätigung von klinischen und psychoanalytischen Beobachtungen. WRIGHT und HECKER (1966) beschrieben eine Neigung zu Depressionen, MÖLLER (1951) und WUNNENBERG (1965) fanden Willensschwäche, asthenische Züge, Affektlabilität und Stim-

mungsstabilität.

ROMMENEY (1971) bemerkt, daß der Mensch mit der zunehmenden Dauer des Alkoholkonsums auch andere Lebensgewohnheiten ausbildet, welche sein Verhalten zu Primär- und Sekundärgruppen verändern. Das Gesamtbild des Alkoholikers ergibt mit der Zeit ein "Anders-Sein".

5. Komplikationen des Alkoholismus

Wie nun erklärt sich der Krankheitswert der so langwierigen und schwer zu therapierenden "Krankheit"? Dieser ist ein Konglomerat aus den Folgen des langjährigen Alkoholabusus verschiedener Art. Im Vordergrund stehen die psychiatrischen und neurologischen Komplikationen neben den nicht zu unterschätzenden internistischen Auswirkungen; und überaus eindrucksvoll sind schließlich die Folgen, die die Stellung des Kranken in der Gesellschaft betreffen.

Große Wichtigkeit für das Verständnis des Alkoholismus hat die akute Intoxikation, der Rausch, den man einerseits als Ursache, in einer Gesamtbetrachtung eher als Folge des Alkoholismus betrachten muß. Der "normale" Rausch ist hauptsächlich forensisch interessant, da er einerseits als Intoxikation betrachtet, andererseits forensisch völlig anders beurteilt wird, je nachdem, ob es sich um Verkehrsdelikte oder um Verbrechen handelt. Die sogenannte "abnorme Alkoholreaktion" nach HIRSCHMANN (1964), die sich meist aus verborgenen Schwierigkeiten oder zu großen Anforderungen ableiten läßt, bedingt seiner Meinung nach keine Lossprechung von Schuld gemäß § 51 StGB. Der "pathologische Rausch" schließlich wird von vielen Wissenschaftlern als selbständige klinische Einheit betrachtet. Zu den Merkmalen des pathologischen Rausches werden geringe Alkoholmengen, heftige psychomotorische Erregung, Amnesie und fehlende neurologische Manifestation gezählt. RAKHALSKIJ (1957) schließlich findet als weiteres Merkmal die

kurze Dauer des Rausches.

Chronische Intoxikation mit Alkohol führt zur Gewöhnung, zur Sucht. Daraus ergeben sich wiederum die Probleme der Entziehung und der Entziehungserscheinungen, und heute ist eine "zerebraloorganische Reaktion" als Folge eines plötzlichen Alkoholentzugs allgemein anerkannt.

Eine Korrektur mußte in neuerer Zeit die Lehre von der Wirkung des Alkohols auf das Zentralnervensystem erfahren. Während man früher der Ansicht war, daß die Wirkung zunächst eine erregende sei, die dann allmählich zur Lähmung der Strukturen des Nervensystems führe, glaubt man heute, daß die alleinige Wirkung des Alkohols auf das Nervensystem eine hemmende ist. STEINBRECHER (1973) spricht bezeichnenderweise bei der "Exzitation und Aktivierung der früheren Rauschstadien" von einer "Hemmung hemmender Systeme" und zieht als Vergleich die Spastik heran, die durch die Hemmung von hemmenden Pyramidenbahnimpulsen entsteht. Äußerst interessant sind auch die Ergebnisse von KALANT (1961), nämlich, daß noch während der Intoxikation ein Gegenregulationsmechanismus einsetzt, der ansteigt und die Zeit nach dem Rausch, die dem "hang-over" entspricht, beherrscht. Überschießende Reaktionen der gegenregulatorischen Phase entsprechen den Entziehungssymptomen. Im Meiden dieser Symptome könnte nach KALANT das Verlangen zum Weitertrinken des Alkoholikers zu einem Teil gegeben sein. Einen wichtigen Beitrag zu diesem Thema lieferten ISBELL, FRASER, WIKLER, BELLEVILLE und EISENMANN (1955) mit ihren Versuchen an 10 freiwillig alkoholisierten Versuchspersonen. Nach Absetzen der Alkoholgabe zeigten sich Krampfanfälle, Delirien und Halluzinosen als Entziehungssymptome. Auf eine Einteilung der Entziehungssymptome durch den Fachausschuß für Alkohol und Alkoholismus der WHO aus dem Jahre 1954 wurde schon hin-

gewiesen.

Ein klinisches Entziehungssyndrom bildet sich meist 8 bis 12 Stunden nach Absetzen des Alkoholgenusses aus. Es kann nach JOHNSON (1961) in 3 Phasen skizziert werden. Die erste Phase ist die der "hyperästhetisch-emotionellen Syndrome" mit psychomotorischer Unruhe. Hier kommt es, wie WIECK (1961) auch bei anderen Intoxikationen beschreibt, zu Störungen der Emotionalität, des Antriebs oder zu amnestischen Erscheinungen. Die zweite Phase wird bestimmt von exogenen Psychosen der produktiven beziehungsweise hypnoiden Klasse. Die dritte und letzte Phase ist die der tiefen Bewußtseinstörung. Sie ist das Stadium des ausgeprägten Delirium tremens.

KRYSPIN-EXNER und ZAPOTOCZKY (1969) beschrieben ein "chronisches Abstinenzsyndrom", das sich in dysphorischen Verstimmungen und Störungen des Vegetativums unter körperlicher oder "emotionaler" Belastung ausbildet und nach Jahren der Abstinenz noch zum Rezidiv führen kann.

Während es WIESER (1965) als erwiesen betrachtet, daß bei der Entstehung des Delirium tremens noch andere Faktoren ursächliche Bedeutung haben, sieht STEINBRECHER (1973) das Delir als reine Entziehungserscheinung, und er behauptet, daß zu dessen Auslösung schon eine relative Entziehung, wie das Sinken des Alkoholspiegels während der Nachtruhe, genügt. Wie WIESER weiter feststellt, gibt es über den Anteil von Delirkranken an den Kliniken unterschiedliche Zahlen, die jedoch ihre Erklärung in den verschiedenen Aufnahme-modi an den Krankenhäusern finden.

Untersucht wurden auch die jahreszeitliche Verteilung und die Vererbung des Delirs. BOWMAN und JELLINEK (1941) stellten in einem Sammelreferat fest, daß sich die Vorfahren von Deliranten in bezug auf Geisteskrankheiten und psychische Abnormitäten nicht von der übrigen

gen Bevölkerung unterscheiden.

Eine neuere Untersuchung mit dem Titel "Relevanzanalysen bei Alkoholdeliranten" stammt von BENOS (1973). Der Begriff der "Relevanzen" wurde von WIECK (1967) formuliert. Der Mensch befindet sich oft nicht nur in einer Lebenssituation, deshalb bilden mehrere Relevanzen ein Gefüge. WIECK unterscheidet eine passive, eine aktive und eine Binnenrelevanz, ferner Allgemein- und Einzelformen bezüglich verschiedener Seinsgebiete. Das Gefüge der Relevanzen läßt Kern- und Randrelevanzen erkennen. BENOS stellte bei seinen Untersuchungen fest, daß es sich bei 87 % der Fälle um Berufs- oder Berufswunschrelevanzen handelte. Sonstige Probleme von Alkoholikern traten nicht in Erscheinung, woraus er schloß, daß sich Delirante charaktermäßig von Nichtdeliralkoholikern wesentlich unterscheiden außer in der "Bindungslosigkeit zur Umwelt".

Noch weitgehend ungeklärt sind die Ursachen der Alkoholhalluzinose oder auch "halluzinatorisches Paranoïd" genannt. Wichtig sind hier die Arbeiten von BENEDETTI über den Krankheitsverlauf und die Prognose. Beim Krankheitsverlauf ist interessant, daß die Alkoholhalluzinose sowohl schon nach Stunden der Entziehung als auch erst nach Monaten, aber auch während der Trinkperioden ausbrechen kann. BENEDETTI versuchte, die Alkoholhalluzinose psychodynamisch zu deuten. Nachdem er bei einer Person mit verschiedenen Psychosen das gleiche psychodynamische Gefüge fand, glaubte er, persönlichkeits-eigene Momente dafür verantwortlich machen zu können. WIESER (1965) wertet dieses Ergebnis als reine Kasuistik und führt eigene Beobachtungen an, wobei sich die Bilder der Psychosen bei ein und derselben Person sehr wohl wandelten. Weitere Arbeiten stammen von BILLZ mit der Idee einer biologisch begründeten Psychopathologie.

Als "die gegenwärtig häufigste Folge chronischen Alkoholismus im neurologischen Krankengut" bezeichnet STEINBRECHER (1973) die Polyneuropathien. Ätiologie und Pathogenese dieser Krankheit sind heute noch immer Gegenstand heftiger Diskussionen. Ein Großteil der Forscher, vor allem die Amerikaner, sehen die Ursache in einer B₁-Avitaminose. Widersprochen wurde dieser Theorie zum ersten Mal 1940 von MEIKLEJOHN (1940). In Tierexperimenten konnte durch Vitamin-B₁-Mangel zwar eine Enzephalopathie, jedoch keine Neuritis gefunden werden. Heute bevorzugt man hauptsächlich eine multifaktorielle Theorie, was STEINBRECHER (1973) zum Ausdruck bringt, wenn er sagt: "Dennoch müssen Mangelzustände an fermentativ-enzymatischen Wirkstoffen des Nervenzellstoffwechsels via Malabsorption durch gastro-intestinale Störungen eine entscheidende Bedeutung für die Alkoholkpolyneuropathie haben, möglicherweise auch über das Zwischenglied der Leberstoffwechselstörung".

Interessant sind die Ergebnisse über die Ätiologie und Pathogenese der Wernicke-Enzephalopathie. Während man früher noch "ätiologische Zwischenglieder" forderte, ist man heute allgemein der Ansicht, daß es sich um eine Vitaminmangelkrankheit handelt. Vitamin-B₁-Mangel konnte nämlich im Tierversuch eine Wernicke-Enzephalopathie erzeugen. Erwähnenswert sind in diesem Zusammenhang die Arbeiten von ALEXANDER (1940). Am Menschen sind ebenfalls Befunde erhoben worden, die in diese Richtung gehen. Als Beweis des Vitamin-B₁- Mangels wird die Tatsache angesehen, daß es bei Gaben des Vitamins zu einer Besserung der Krankheit kommt. WIESER (1965) deutet noch an, daß ein gesteigerter Energiestoffwechsel infolge des Fiebers im Prodromalstadium und Resorptionsstörungen im Magen-Darm-Trakt den Vitaminmangel noch steigern könnten. Er hält auch eine falsche Ernährung mit erhöhter Zufuhr von Anti-Aneurin-

Faktoren für kausal denkbar.

Im Rahmen von Krankheiten, die auf eine Mangelernährung zurückzuführen sind, führt WIESER ferner die Beri-Beri-Krankheit, die Pellagra, eine "Nikotinsäuremangelenzephalopathie", eine sogenannte "retrobulbäre Neuritis", die im Rahmen von Enzephalo- und Neuropathien, aber auch isoliert, vorkommt, an. Spinale Syndrome finden sich als Komplikation des chronischen Alkoholismus besonders beim Nikotinsäuremangel, bei der Wernicke-Enzephalopathie, aber auch bei der Pellagra. WIESER nennt weiterhin eine äußerst seltene "Marchiafava-Bignami-Krankheit" und eine, als "alkoholische Spätatrophie des Kleinhirns" bezeichnete, Krankheit, die zwischen dem 35. und dem 65. Lebensjahr manifest wird.

Das große Interesse der Forschung hat schon immer die "Korsakow-Krankheit", oder auch "polyneuritische Psychose" genannt, in Anspruch genommen. Das Problem ist von vielen Forschern von verschiedenen Seiten angegangen worden. Auf "strukturpsychologischer" Basis beruhen die Ansichten von MÜLLER-SUUR (1948), wonach das Wesen des Syndroms in einer geistigen Apersonalität und einer unklaren Strukturiertheit des Erlebten besteht.

Nach CONRAD (1953) sind das Einprägen von Eindrücken und das Herauslösen von einzelnen Erlebnissen Teile der Merkleistung, die auf vorausgehender "Spurbildung" von Engrammen beruhen; und die Ursache der Korsakow-Psychose bestehe in der Unfähigkeit, einen Bewußtseinsinhalt mit seinem Spurenfeld in einen "strukturierten Gestaltzusammenhang" zu bringen.

Arbeiten aus der experimentellen Psychologie über Intelligenz und Gedächtnis Korsakow-Kranker stammen von den Amerikanern VICTOR, TALLAND und ADAMS (1959).

BENOS (1971) stellte bei einer Untersuchung mit verschiedenen Alkoholpsychosen, darunter auch Korsakow-Kranke, ein Gleichmaß der Ergebnisse im Verlauf der

Krankheit fest, was ihn veranlaßte, diese Bilder als Verlaufsformen einer "alkoholischen Funktionspsychose" zu betrachten. Weiterhin stellte er fest, daß alle Krankheitsbilder reversibel waren, und in keinem Fall stellte sich eine "Demenz" ein.

Während man früher der Ansicht war, daß ausschließlich die corpora mamillaria bei der Entstehung der Korsakow-Krankheit ausschlaggebend seien, haben jedoch die Befunde von EWALD (1940) und WALTON (1953) dies in Frage gestellt. Daß die corpora mamillaria in der Gedächtnisforschung ihren Rang schon verloren haben, zeigt die Ansicht von HASSLER (1964), der die Neuronenkette vom Ammonshorn über die corpora mamillaria bis zum vorderen Thalamuskern zum Substrat des Gedächtnisses und der Lernfunktion rechnet.

Es gibt, das war früher schon bekannt, auch Korsakow-Psychosen auf nichtalkoholischer Basis. Dieser Umstand ließ an eine Mangelernährung als Ursache denken. Auf einen Mangel an vielen Wirkstoffen schließt man auch aus der Vielfalt der pathologisch-anatomischen Befunde und psychopathologischen Begleiterscheinungen.

Die Alkoholepilepsie ist heute noch ein fest umrissener nosologischer Begriff, und STEINBRECHER (1973) spricht von "einer der wichtigsten Alkoholismusfolgeerkrankungen." WIESER (1965) weist in seinen Sammelreferaten auf die erhöhte Krampfbereitschaft während verschiedener Stadien des Rausches und auch des chronischen Alkoholismus hin und führt an, daß die Forschung der neueren Zeit bewiesen hat, daß man durch Alkoholgaben Anfälle provozieren kann. Alkoholismus wiederum ist aber auch oft die Folge von verschiedenen Epilepsien. Als bewiesen darf gelten, daß Alkohol zu einer Verschlimmerung des Grundleidens führen kann. Die erhöhte Anfallsbereitschaft während des Alkoholkaters findet ihre befriedigende Erklärung in der gesteigerten Erregbarkeit des Nervensystems und der Ansprechbarkeit auf krampferzeugende

Substanzen in dieser Nachphase des Rausches. Die Anfälle im Entziehungsstadium sind auf die plötzliche Störung und den Zusammenbruch der Homöostase nach langer Adaptation zurückzuführen, und STEINBRECHER (1973) spricht hier von einem "Krampfanfall als Alkoholentziehungssymptom". Bei Anfallsleiden in späteren Stadien des chronischen Alkoholismus sah KRAEPELIN (zit. nach WIESER, 1965) die Ursache in einer chronischen Vergiftung durch Metabolite des Alkoholstoffwechsels. Vielfach ist jedoch in diesem Stadium eine irreversible anatomische Schädigung vorhanden, was nach STEINBRECHER (1973) dem Terminus "Alkoholepilepsie" seine Berechtigung gibt.

Dem "epileptischen Formenkreis" ordnete man früher auch die Dipsomanie zu und begründete dies hauptsächlich mit den periodischen Abläufen und den Gedächtnislücken. Heute sieht man eher, nennenswert ist hier WIESER (1964), die Periodizität als Zeichen von "periodischen Verstimmungszuständen als Ausdruck einer Überforderungsreaktion unter gleichmäßigem Streß im geschlossenen psychologischen Feld" an. Nach SOLMS (1955) und KNAPP (1942), die von einer anderen Betrachtungsweise ausgehen, ist die Dipsomanie auf ätiologisch verschiedene Krankheiten zurückzuführen.

Nachdem nun die Vielzahl der psychiatrischen und neurologischen Folgezustände, die oft so verschiedenen und meist nicht bewiesenen Deutungen ihrer Ätiologie und Pathogenese, ihre Klinik und anderes mehr anhand der neueren Literatur aufgezeigt worden sind, soll am Schluß des Kapitels eine Betrachtung STEINBRECHERS (1973) stehen, die seine Meinung hierüber zusammenfaßt: "Zelluntergang als Resultat chronischer Intoxikation dürfte letztlich der gemeinsame Hintergrund für die Entstehung der Mehrzahl von Alkoholismus-Folgen sein..."

Nicht nur Psychiater, sondern auch Internisten haben sich mit den Folgen des chronischen Alkoholmißbrauchs beschäftigen müssen. Mit den internistischen Komplikationen der akuten und chronischen Alkoholintoxikation beschäftigt sich eine Arbeit von REMY (1973). REMY stellte zunächst die meist lebensgefährlichen Komplikationen der akuten Intoxikation dar, die ausgelöst werden durch Unterkühlung, oder auch durch Störungen des Wasser- und Mineralhaushaltes. Metabolische Azidosen und Alkalosen, sowie hypoglykämische Krisen bedürfen der Beobachtung. Das Bild einer "akuten alkoholischen Leberdystrophie" kann bei vorgeschädigter Leber entstehen. Besonders gefährlich sind Alkoholvergiftungen, kombiniert mit solchen von Schlafmitteln. Durch gegenseitige Enzymhemmung kommt es nämlich zu einer verlängerten Ausscheidungszeit beider Stoffe.

Für die Alkoholismus-Forschung jedoch wichtiger als akute Intoxikationen und ihre Auswirkungen sind die durch den chronischen Alkoholgenuß bedingten Schäden. REMY nennt hier zunächst Schäden am Verdauungstrakt, welche vor allem in der Atrophie der Schleimhäute bestehen. Lippenveränderungen, Magenulzera und Pankreopathien sind nur eine Auswahl dieser Komplikationen. Weitere Schäden machen sich am Herzmuskel durch degenerative Veränderungen der Myocardzellen bemerkbar. Die Myocardiopathie äußert sich oft in einer Kardiomegalie. Eine allgemeine Abwehrschwäche des Alkoholikers kombiniert mit dystrophischen Zuständen führt zu einer erhöhten Anfälligkeit für bronchopulmonale Infekte. Auch das Endokrinium ist von den Folgen betroffen, was oft zu Störungen der Sekundärbehaarung, zu Gynäkomastie, oder Hodenatrophie führt.

Nach diesem kurzen Streifzug nun zu den "klassischen Komplikationen" des chronischen Alkoholismus auf internistischem Gebiet, den Leberschäden. Sie erstrecken sich von der harmlosen Fettleber über die Fett-

leberhepatitis bis zur gefürchteten Zirrhose. Dem Alkohol wird jedoch heute bei der Entstehung der Zirrhose von manchen Forschern nur mehr eine akzessorische Bedeutung beigemessen, und im Experiment konnte man bei ausreichender Nahrung keine Zirrhose erzeugen. Damit sind wir bei dem Punkt, der die Forschung heute besonders beschäftigt. Während eine Theorie in Anlehnung an EPPINGER (zit. nach WIESER, 1965) die Ursachen der Zirrhose in einer Nahrungsmittelvergiftung bei chronischen Magen-Darm-Erkrankungen sieht, beschäftigen sich andere Theorien mit einer Mangelernährung. Und so führt man einen Mangel an lipotropen Substanzen, der durch Alkohol auf verschiedene Weise verursacht werden könne, als Ursache der Zirrhose an. Für BECKMANN (1953) ergibt sich dieser Mangel an lipotropen Substanzen, ein Eiweißmangel, sowie ein Mangel an Vitamin B durch Diätfehler aufgrund von Anorexie oder gastro-intestinalen Störungen. Daneben werden jedoch auch infektiös-toxische Faktoren diskutiert. Bei den Leberschäden spielt auch nicht die Art, sondern lediglich die Menge des genossenen Alkohols eine Rolle. Demgemäß fand LELBACH (1972) eine außerordentlich enge Korrelation zwischen Gesamtdosis und Schädigungshäufigkeit, insbesondere für die Zirrhosefälle, woraus er auf die hepatotoxische Wirkung des Alkohols schloß.

Interessant ist aber wiederum der hohe Prozentsatz der Alkoholiker, die nicht an Lebererkrankungen leiden. REMY (1973) gibt ihn mit 12 bis 20 % an. Die vorangegangenen Beschreibungen und diese Zahlen zeigen, daß es auf diesem Gebiet noch viel zu klären gibt.

6. Therapieversuche und Rehabilitation

Das oberste Gebot für eine wirksame Alkoholismus-Therapie lautet: "Absolute Enthalttsamkeit."

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, um diese absolute Enthalttsamkeit dem Alkoholkranken klar zu machen und ihm bei der Verwirklichung seiner Vorsätze behilflich zu sein. Der Patient muß eine "psychagogische Stützung" erfahren, die ihm das Gefühl des Krankseins und nicht das eines "Aussätzigen" gibt. Es gilt, sein Selbstvertrauen zu stärken und wieder Verantwortung in ihm zu wecken. In verstärktem Maße bedient man sich heute der Gruppentherapie, wobei die Gruppe Gleichgestellter dem Kranken Geborgenheit und Halt geben soll. Gruppengespräche mit Angehörigen müssen hier ebenfalls genannt werden. Als Selbsthilfeorganisation bemühen sich die sogenannten "Anonymen Alkoholiker" um die Wahrung der Abstinenz. Akute Fälle mit drohenden Komplikationen werden in der Klinik behandelt. Hier wird beabsichtigt, nach der meist intensiv-medikamentösen Erstbehandlung, im zweiten Stadium der Therapie eine körperliche Erholung des Patienten (durch Sport und Beschäftigungstherapie) zu erreichen, über die dieser dann zur geistigen Gesundung gelangen soll.

Die Fortführung einer jeden Therapie ist die Wiedereingliederung des Kranken in Primär- und Sekundärgruppen. Rehabilitation ist aber nicht nur Fortführung der Therapie, sondern sie ist unerläßlich und ohne sie hat keine Behandlung Aussicht auf Erfolg. JANZ (1973) beschäftigt sich mit diesem Problem und zeigt die Möglichkeiten und zugleich die Notwendigkeit einer Rehabilitation auf. Er hält die Zusammenarbeit von Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern, Berufsberatern, Seelsorgern und anderen mehr für notwendig, um dem Kranken die Wiedereingliederung in die Gesellschaft zu ermöglichen. Er weist darauf hin,

daß der Kranke eine dauernde Überwachung, auch am Arbeitsplatz, benötigt, um nicht rückfällig zu werden. Für bestimmte Berufsgruppen schlägt er sogar die Umschulung vor, da wegen der früheren beruflichen Tätigkeit die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls zu groß ist. Nach den Berichten von JANZ ist dieses Rückfallrisiko angeblich im ersten Halbjahr nach der Entlassung aus der stationären Behandlung besonders groß.

Ein umfassendes Therapie- und Rehabilitationsprogramm legt KRYSPIN-EINER (1969) vor. Er sieht erstens geschlossene Stationen für die Langzeitbehandlung depressiver Kranker vor, zweitens geschlossene psychiatrische Stationen für körperlich und psychisch schwer Geschädigte, die akut bedroht sind, und drittens offene Behandlungszentren mit intensiviertem therapeutisch-rehabilitativem Programm.

JANZ (1973) weist auf die Notwendigkeit der Information über die Gefährlichkeit des Alkoholismus hin und verbindet damit einen "Appell an die Verantwortung der Gesellschaft für eine vorurteilsfreie, nicht nach der Schuld fragende und nicht mehr diskriminierende Haltung gegenüber dem Kranken und für ihre Mithilfe an einer sozialen Wiedereinordnung."

III. EIGENE UNTERSUCHUNGEN

1. Patienten und Methodik

Die Untersuchung wurde auf den beiden psychiatrischen Stationen der Universitäts-Nerven-Klinik Erlangen durchgeführt.

Befragt wurden sämtliche Alkoholiker und Alkoholikerinnen, die von Januar bis einschließlich Juli 1974 zur stationären Behandlung aufgenommen worden waren. Die Anzahl der Patienten umfaßte insgesamt 50 Personen, 45 Männer und 5 Frauen. Das Alter der Kranken bewegte sich zwischen 19 und 66 Jahren. 3 Patienten waren noch nicht 25 Jahre alt. Zur Untersuchung diente ein Fragebogen, der in 3 Teile gegliedert war.

Mit dem ersten Teil des Bogens wurde der allgemeine soziologische Status, wie zum Beispiel Familienstand, Schulbildung und Berufsausbildung, erfaßt. Mit dieser Befragung sollte ein allgemein orientierender Eindruck von dem Patienten gewonnen werden.

Der zweite Teil des Fragebogens galt der "Alkoholismus-Anamnese". Es wurde versucht, eine zeitliche Aufgliederung und einen geordneten Ablauf der Alkoholismuskrankheit des Patienten zu ermitteln. Dazu dienten Fragen nach dem ersten Rausch, nach der Dauer des regelmäßigen Alkoholkonsums, und vor allem auch die Frage nach dem Zeitpunkt der ersten Mengensteigerung, den man als "Einstieg" zum Alkoholismus betrachten darf. Zum anderen richtete eine Reihe weiterer Fragen besonderes Augenmerk auf die Motivationen der Alkoholiker, was die Mengensteigerung, eine zeitweilige Mengenverminderung oder auch den Alkoholgenuß schlechthin anbelangt. Aber auch Fragen nach der bevorzugten Art der Alkoholika, dem Ort und der Atmosphäre des Trinkens, Fragen nach Wirkungen des Alkohols auf Körper und Seele wurden gestellt. Den Abschluß der "Alkoholismus-Anamnese" bildeten Fragen

nach der Einstellung des Patienten zu seiner Krankheit, nach eventuell gefaßten Vorsätzen bezüglich seines eigenen Wesens und der allgemeinen Lebenssituation nach dem Klinikaufenthalt.

Nach diesem "Hauptteil" folgte als dritter und letzter Abschnitt der "Befunde-Teil", dessen Angaben zum Großteil aus den Krankenblättern stammten, zum Teil aber auch durch Informationen, die die Stationsärzte gaben, und durch eigene Beobachtungen ergänzt wurden. Dieser Teil des Fragebogens sollte einen Eindruck von dem gegenwärtigen Stand der Krankheit des Patienten bieten, die Persönlichkeit des Alkoholikers charakterisieren und etwaige soziale Gefahren oder Schädigungen durch den Alkohol aufzeigen.

Was die Form der Fragen anbelangt, so wurden zwei Arten gewählt. Es waren dies zum ersten Fragen mit mehreren Antwortmöglichkeiten, um, zum Beispiel beim soziologischen Status, alle erdenklichen Kombinationen zu erfassen. Aber auch bei der Alkoholismus-Anamnese wurden vorgeformte Antworten zur Auswahl gegeben. Diese waren der Reihe nach durchnummeriert, und der Patient konnte eine davon auswählen, deren Nummer dann in ein Kästchen am Rande des Bogens eingetragen wurde. Dies brachte einmal den Vorteil, daß Patienten, die Schwierigkeiten hatten, sich auszudrücken, nur einer bestimmten Antwort, die ihren Vorstellungen entsprach, zuzustimmen brauchten. Zum anderen wurde damit ein allzu umfangreicher "Klartext-Teil" vermieden. Eine zweite Art von Fragen war so gestellt, daß sie nur mit "Ja" (= 1), "Nein" (= 2), "Entfällt" (= 0), oder "Keine Angaben" (= 9) zu beantworten waren, was ebenfalls am Rande in einem Kästchen vermerkt wurde.

Der Fragebogen wurde jedoch dem Patienten nicht selbst vorgelegt, sondern die Fragen wurden ihm vom Untersuchenden vorgelesen und, wenn nötig, gemäß der Intelligenz des Patienten vereinfacht. So gestaltete sich die

Untersuchung oft nicht so sehr als "Frage-Antwort-Spiel", sondern es entwickelte sich ab und zu, je nach Art des Patienten, ein interessantes Gespräch, dessen Inhalt auf die Fragen des Bogens abgestimmt war.

Mit großer Sorgfalt wurde versucht, die Motivationen für die erste Mengensteigerung zu ermitteln. Nach diesen lassen sich die Patienten in verschiedene Gruppen aufteilen, und es lassen sich bestimmte Typen abgrenzen.

Die Durchführung der Untersuchung dauerte je nach Intelligenzgrad und Mitteilbarkeit der Patienten zwischen einer und zweieinhalb Stunden.

2. Statistische Ergebnisse

a) Allgemeine soziologische Daten

Neben Alter und Geschlecht wurde zunächst der Familienstand der Patienten festgehalten.

Der Großteil, nämlich 27, war in erster Ehe verheiratet und lebte gemeinsam mit dem Ehepartner. Elf Patienten waren ledig, davon einer verlobt und ein zweiter wieder entlobt. Einmal geschieden waren 9 Patienten; 3 davon hatten wieder geheiratet. Ein Patient war zum dritten Male verheiratet. 2 der Kranken schließlich waren verwitwet, wovon einer wieder geheiratet hatte.

In Tabelle I wird der Familienzyklus bei Erhebungsbeginn verglichen mit dem bei der ersten Mengensteigerung. Wie hieraus ersichtlich ist, ist der Anteil der Ledigen bei der ersten Mengensteigerung mit 24 Patienten sehr hoch, ebenso wie die Anzahl der Patienten, die verheiratet waren und minderjährige Kinder hatten. Dies waren 14 Patienten. Bei Erhebungsbeginn waren "nur" noch 11 Patienten ledig, 3 davon waren noch nicht 25 Jahre alt. 32 Patienten waren bei Erhebungsbeginn verheiratet, 22 davon hatten minderjährige Kinder.

Tabelle I. Phase des Familienzyklus bei Erhebungsbeginn
verglichen mit derjenigen bei erster Mengen-
steigerung

Familienzyklus	Erhebungs- beginn	erste Mengen- steigerung
ledig, bei den Eltern lebend	6	17
ledig, alleine lebend	5	6
verlobt	1	1
verh., keine Kinder	1	4
verh., minderjährige Kinder	22	14
ein Teil der Kinder außer Haus	8	2
alle Kinder außer Haus	1	0
geschieden oder verwitwet	6	2
keine Angaben	0	4
Summe	50	50

Die nächste Frage galt der Schulbildung. Der Großteil, das sind 41, besuchte die Volksschule oder eine höhere Schule ohne mittlere Reife; 4 schlossen mit mittlerer Reife ab, und 5 machten das Abitur. Demzufolge gliedert sich auch ihre Berufsausbildung entsprechend auf. 8 Patienten waren nur angelernt, 26 schlossen eine Lehre ab. Weitere 7 besuchten eine Fachschule, einer studierte, ohne jedoch einen gültigen Hochschulabschluß zu erlangen, und 3 machten das Hochschulexamen. 5 Patienten gaben eine "sonstige" Laufbahn, worunter zum Beispiel ein Eigenstudium fällt, an.

In Tabelle II ist die berufliche Stellung bei Erhebungsbeginn aufgezeigt. Die Hälfte der Patienten war unselbstständig in einfacher oder mittlerer Stellung. Die Patienten in beruflich "einfacher" Stellung gliederten sich in 21 Ar-

beiter und einen Angestellten. Die übrigen "beruflich unselbständigen" Patienten waren Angestellte in mittleren oder höheren Positionen der Wirtschaft. Erschreckend hoch (5) ist die Anzahl der Arbeitslosen und die Anzahl der Patienten, die wegen Erkrankung in den vorzeitigen Ruhestand getreten waren (8). Inwieweit jedoch der Alkoholgenuß bei der frühzeitigen Invalidisierung eine Rolle spielte, konnte nicht eruiert werden.

Tabelle II. Stellung im Beruf bei Erhebungsbeginn

Beruf	Anzahl Patienten
entfällt, da noch in Ausbildung	1
Hausfrau ohne berufliche Tätigkeit	4
Hausfrau mit zusätzlicher beruflicher Tätigkeit	1
hauptberuflich selbständig tätig	4
unselbständig in einfacher Stellung	22
unselbständig in mittlerer Stellung	3
unselbständig in höherer Stellung	2
termingerechter Ruhestand	0
vorzeitiger Ruhestand wegen Erkrankung	8
vorzeitiger Ruhestand aus anderen Gründen	0
arbeitslos	5
wehrpflichtig	0
keine Angaben	0
Summe	50

Was die Stellung im Beruf bei Erhebungsbeginn im Vergleich zur Stellung vor der ersten Mengensteigerung anbelangt, so läßt hier die hohe Anzahl der Patienten, die seitdem einen sozialen Abstiege erlebt haben, aufhorchen: mit 18 von 50 sind das mehr als ein Drittel.

Eingeschlossen sind hierin die 8 Patienten, die wegen Erkrankung in den vorzeitigen Ruhestand getreten sind; denn, vorzeitigen Ruhestand darf man ohne weiteres als sozialen Abstieg betrachten. Bei 4 Patienten vollzog sich jedoch seit der Mengensteigerung auch ein sozialer Aufstieg.

Die Monatseinkommen der ganzen Familie der Patienten bewegten sich nach deren eigenen Angaben zwischen 85 DM (~~die~~ Abgabe ist wohl nicht ganz ernst zu nehmen) und 5000 DM. Wenn man den Medianwert errechnet, so kommt man auf eine Summe von 1500 DM; der Median ist nämlich derjenige Wert, der die Anzahl der nach der Größe geordneten Angaben halbiert, und man errechnet ihn, da der Mittelwert zu Fehldeutungen führen kann, wenn die Verteilung eine größere Schiefe besitzt.

Die Patienten beteiligten sich auch rege am Leben der Sekundärgruppen. 20 von ihnen gehörten Vereinen oder Stammtischen an. Einer war gleich bei 5 Vereinen Mitglied, einer bei 4, und zwei bei 3 Vereinen.

b) "Alkoholismus-Anamnese"

Bei der Alkoholismus-Anamnese galt die erste Frage dem Lebensalter beim ersten Rausch.

Wie aus Abbildung 1 ersichtlich ist, zeigt sich ein deutlicher Altersgipfel. Ein Ansteigen der Rauscherlebnisse zeigt sich schon mit dem 15. Lebensjahr, um dann bei den Jugendlichen im Alter von 16 bis 18 Jahren zu einem Gipfel zu gelangen. Im weiteren Kurvenverlauf erfolgt dann ein jäher Abfall; nur 2 Patienten gaben an, ihren ersten Rausch mit 30 und mehr Jahren gehabt zu haben.

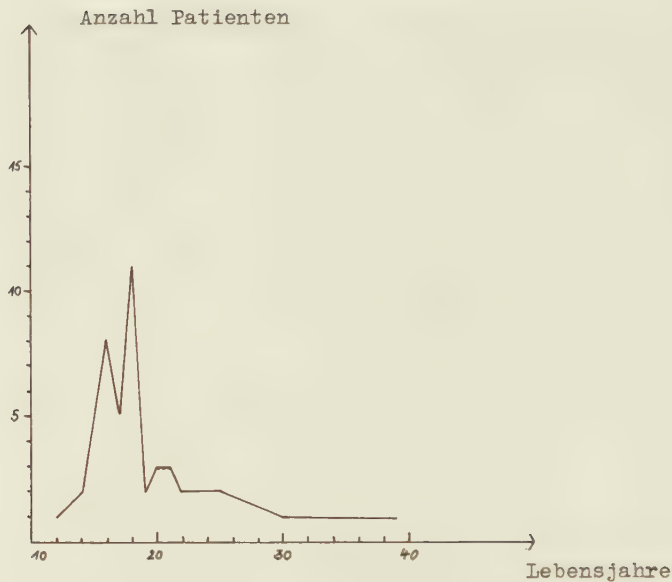


Abbildung 1. Lebensalter beim ersten Alkoholrausch

Betrachtet man die Altersstufen, seit denen die Patienten regelmäßig Alkohol trinken, so findet sich kein so deutlicher Gipfel wie in Abbildung 1. Es erfolgt vielmehr eine mehr oder weniger kontinuierliche Verteilung zwischen dem 14. und dem 25. Lebensjahr. Nach dem 25. Lebensjahr fällt die Kurve rasch ab. Von diesem Lebensalter an haben nur noch 5 Patienten mit dem regelmäßigen Alkoholgenuß begonnen.

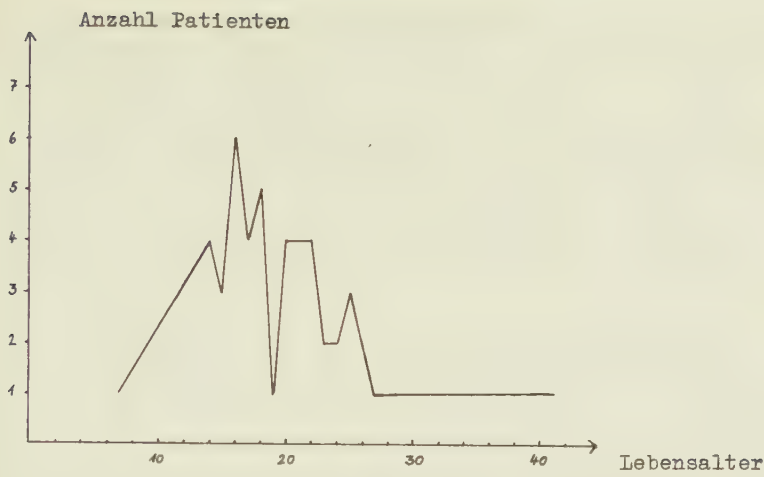


Abbildung 2. Lebensalter bei Beginn des regelmäßigen Alkoholgenusses.

Aus den vorangehenden Angaben der Patienten ergibt sich mit Bezugnahme auf ihr Lebensalter die Dauer des regelmäßigen Alkoholgenusses bei Erhebungsbeginn.

Wie aus Tabelle III ersichtlich ist, tranken 19 der Patienten schon 21 bis 30 Jahre lang regelmäßig Alkohol. Sechs tranken sogar schon 31 bis 50 Jahre lang. Weitere 7 Patienten tranken jedoch noch nicht einmal 10 Jahre lang regelmäßig Alkohol.

Tabelle III. Dauer des regelmäßigen Alkoholgenusses
bei Erhebungsbeginn

Dauer (in Jahren)	Anzahl Patienten
0 - 9	7
10 - 15	9
16 - 20	7
21 - 30	19
31 - 50	6
keine Angaben	2
Summe	50

Tabelle IV zeigt die Lebensalter, in denen bei den Patienten die erste Mengensteigerung erfolgt ist. Aus ihr sieht man, daß bis zum 30. Lebensjahr 27 Patienten, also mehr als die Hälfte, die Alkoholmenge schon einmal gesteigert hatten. Zwischen dem 31. und 45. Lebensjahr steigerten 14 die Dosis, und 3 Patienten wollen dies noch nach dem 45. Lebensjahr vollzogen haben. Errechnen wir den Medianwert, so finden wir ihn im 25. Lebensjahr.

Tabelle IV. Lebensalter bei erster Mengensteigerung

Alter	Anzahl Patienten
16 - 20	11
21 - 25	12
26 - 30	4
31 - 35	5
36 - 40	5
41 - 45	4
46 und mehr	3
keine Angaben	6
Summe	50

Interessant ist ebenfalls, den Zeitraum vom Beginn des regelmäßigen Alkoholgenusses bis zur ersten Mengensteigerung zu erforschen.

Tabelle V. Zeitraum vom Beginn des regelmäßigen Alkoholgenusses bis zur ersten Mengensteigerung.

Jahre	Anzahl Patienten
0	4
1 - 5	19
6 - 10	8
11 - 15	3
16 - 20	5
21 und mehr	3
keine Angaben	8
Summe	50

Tabelle V zeigt, daß sich bei 4 Patienten noch im selben Jahr, in dem mit dem regelmäßigen Alkoholgenuß begonnen wurde, auch der Übergang zu größeren Mengen vollzog. Der für diese Tabelle errechnete Medianwert beträgt 5 Jahre, das heißt, nach dieser Durchschnittsrechnung wird von den Patienten nach 5 Jahren regelmäßigen Alkoholgenusses die Menge gesteigert.

Einen Eindruck von der Art der genossenen Alkoholika vor und nach der Mengensteigerung vermittelt uns Tabelle VI. Interessant, jedoch für das Land Bayern keine Besonderheit, ist die große Anzahl der Biertrinker. Weiterhin bemerkenswert ist, daß nach der Mengensteigerung die Zahl der Schnapstrinker um 6 anstieg. Auch die Weintrinker wurden um 3 mehr, während sich die Zahl der Likörtrinker um 3 verminderte.

Hingewiesen sei darauf, daß die Tabelle lediglich anzeigt, was überhaupt getrunken wurde, und was nach der Mengensteigerung mehr oder weniger getrunken wurde. Sie gibt keinen Aufschluß darüber, was mengenmäßig am meisten getrunken wurde.

Tabelle VI. Art der genossenen Alkoholika vor und nach der Mengensteigerung.

Alkoholika	vor Mengen- steigerung	nach Mengen- steigerung
Bier	47	48
Wein	29	32
Sekt	22	23
Schnaps	32	38
Likör	14	11
Sonstiges	1	1
keine Angaben	1	1
Summe ¹⁾	146	154

Bei einem Vergleich zwischen der Häufigkeit der Rauschzustände vor und nach der Mengensteigerung zeigt sich deutlich die Verkürzung des zeitlichen Abstandes, in welchem die einzelnen Alkoholräusche nach Mengensteigerung aufeinander folgten. Während vorher noch 42 Patienten angaben, nicht jede Woche betrunken gewesen zu sein, waren es nachher nur noch 29. Die Zahl der Patienten, die einmal wöchentlich einen Rausch hatten, verdoppelte sich von 5 auf 10; und sogar 8 waren zweimal wöchentlich berauscht, während es vorher nur einer war. 2 Patienten gaben schließlich an, daß sie nach Mengensteigerung jeden Tag betrunken gewesen seien. Diese Angaben sind in Tabelle VII zusammengefaßt.

1) Es lagen keine Alternativfragen vor. Durch Mehrfachantworten ist die Summe größer als die Fallzahl.

Tabelle VII. Häufigkeit der Rauschzustände vor und nach Mengensteigerung

Häufigkeit	vor Mengen- steigerung	nach Mengen- steigerung
nicht jede Woche	42	29
einmal wöchentlich	5	10
zweimal wöchentlich	1	8
dreimal wöchentlich	1	0
viermal wöchentlich	0	0
fünfmal wöchentlich	0	0
sechsmal wöchentlich	0	0
jeden Tag	0	2
keine Angaben	1	1
Summe	50	50

Sehr viel Wert wurde auf die Erforschung der Motivationen für die erste Mengensteigerung gelegt. Dementsprechend reichhaltig sind die Ergebnisse. Es wird versucht, diese Ergebnisse in bestimmte Gruppen zu gliedern, was in Tabelle VIII dargestellt ist.

Tabelle VIII zeigt, daß sich bei 5 Patienten eine Mengensteigerung ohne besondere Anlässe, Bedingungen oder auch Einflüsse ergab. 3 davon konnten überhaupt keine Begründung abgeben, während einer treffend bemerkte: "Man kam halt mit der Zeit auf den Geschmack." Eine Patientin gab an, daß sie "ohne Anlaß, aus Gewohnheit", die Menge gesteigert habe; sie trank aber auch manchmal mehr, wenn sie sich über ihren Mann ärgerte. 40 der Patienten gaben für ihre Mengensteigerung bestimmte Begründungen an, die ebenfalls in Tabelle VIII zusammengefaßt sind.

Relativ hoch ist hierbei die Anzahl derer, die in Verbindung mit beruflichen Umständen dem erhöhten Alkohol-

genuß zugeführt wurden. 6 Patienten führten die Mengensteigerung auf Bedingungen und Umstände am Arbeitsplatz zurück. Heiße und staubige Atmosphäre und "zeitliche Unruhe" wurden als ungünstige Arbeitsbedingungen angesehen. Ferner wurde von einem Patienten aus der Gruppe beruflicher Streß in Verbindung mit dem schon morgendlichen Alkoholgenuß der Kollegen genannt. Bei zweien kam zu den ungünstigen Arbeitsbedingungen noch ein höherer Lebensstandard hinzu, der mitverantwortlich gemacht wurde. Ein weiterer Patient gab hauptsächlich berufliche Überlastungserscheinungen als Ursache an, aus welchen sich ein Bedürfnis nach Entspannung ergab. Er betonte aber auch, daß "einfach die Liebe zum Wein" ebenfalls mitgespielt hatte; ferner habe er gezielt getrunken, auf Anraten des Hausarztes, zur Entspannung von beruflicher Überlastung. Bei 3 der Patienten schien das Übel, das zur Sucht führte, im Beruf selbst zu stecken. Ein Patient mußte in einer Schokoladenfabrik Füllungen abschmecken, woraus sich nach seinen Angaben allmählich ein gesteigertes Verlangen nach Alkohol ergab. Ein weiterer war Brauer und führte darauf seinen gesteigerten Alkoholkonsum zurück. Der letzte in dieser Kategorie war Kellner, der schon während der Arbeitszeit seine 4 - 5 Biere trank. Darüberhinaus wurde er auch oft von Gästen zu einem "Drink" eingeladen. Vermehrt trank er schließlich, wenn er Schwierigkeiten mit der Verlobten hatte.

Mit 9 ist die Anzahl der Alkoholiker, die ihren erhöhten Alkoholgenuß lediglich auf eine bessere wirtschaftliche Lage zurückführen, sehr hoch; 4 Patienten aus dieser Gruppe steigerten nach Abschluß der Lehre die Menge, und zwar zeigte sich bei diesen eine ganz einfache "zwingende Folge": Nach Abschluß der Lehre verdienten sie mehr, konnten sich mehr leisten, gingen deshalb öfter ins Wirtshaus oder luden auch Kollegen zu sich ein, und daraus ergab sich "zwingend" die Mengensteigerung. Einer von diesen gab auch an, daß er nach Abschluß der Lehre in verschiedenen

Vereinen aktiv war und so oft mehrmals wöchentlich zu Sitzungen ins Gasthaus mußte. Weitere 3 Patienten verdienten einfach mehr als vorher, entweder durch eine Gehaltsaufbesserung oder durch einen neuen Arbeitsplatz. Die "zwingende Folge" ist, wie oben beschrieben, eine Steigerung des Alkoholkonsums. Ein Patient führte seine Mengensteigerung einmal auf die besseren finanziellen Verhältnisse der Nachkriegszeit zurück, zum anderen war er Bauer und mußte mit seiner Frau allein den Hof bestellen; wegen dieser schweren Arbeit mußte er auch trinken. Ein weiterer in dieser Reihe verdiente als Pianist "viel Geld", das er dann auch ausgeben wollte.

Eine nicht zu übersehende Ursache bei der Mengensteigerung schien die Dienstzeit beim Militär zu spielen. "Allgemeines Mehrtrinken bei der Bundeswehr"; "man will halt auch mit-halten"; so charakterisierte ein 24jähriger Student seinen "Einstieg" zum Alkoholismus. Dieses Mehrtrinken wurde dann, wie er schilderte, in der Studentenzeit, "wo man keine el-terliche Aufsicht hat", beibehalten. Bei 2 weiteren Pati-enten spielte ebenfalls die Zeit der Bundeswehr, beziehungs-weise die Militärzeit, eine ursächliche Rolle. Bei einem von diesen zeichnete sich ein nochmaliger "Knick" in der Mengen-Steigerung durch Erkrankung an Diabetes mellitus ab.

Die "lieben Kollegen" am Arbeitsplatz und in der Gaststube müssen ebenfalls ursächlich erwähnt werden. So schilderte ein Patient, daß er von einem Kollegen schon während der Arbeit zum Rauchen und zum Trinken angehalten worden sei, und nach der Arbeit habe ihn dieser noch zu Zechtouren überredet.

Zwei andere liebten die Geselligkeit im Gasthaus, das Kar-tenspielen, "und die Kollegen tranken auch viel".

Auf einen größeren Bekanntenkreis durch den Verlobten führte eine Patientin ihre Mengensteigerung zurück: "man ging öfter fort, Parties wurden gehalten, und so gewöhnte man sich eine gewisse Alkoholmenge an".

Ebenfalls eine bedeutsame Rolle bei der Mengensteigerung

spielen zwischenmenschliche Konfliktsituationen.

"Streitigkeiten mit der Mutter", "Unzufriedenheit mit der ganzen Welt", "schwere Probleme mit der Schwester des Mannes, damit verbunden Schwierigkeiten mit dem Ehemann selber", "die Frau war nicht die richtige Partnerin", "die Verwandtschaft pfuscht uns ins Privatleben hinein"; dies ist ein Auszug aus den Angaben der Patienten zur Problematik der zwischenmenschlichen Beziehungen. Eine bunte Palette von gegenseitigen Anschuldigungen wird geboten, angefangen vom "Nichtverstehen" der Probleme des Patienten bis zu Erbstreitigkeiten, die zu erhöhtem Alkoholgenuß Anlaß gaben.

Erwähnt sei auch in diesem Zusammenhang die "Vereinsamung", die bei zwei Patienten eine offensichtliche Rolle bei der Hinwendung zum Alkoholismus spielte. Nach dem Tod der Ehefrau, beziehungsweise nach der Scheidung, gingen die Patienten aus Langeweile und Einsamkeit öfter in die Gaststube, einmal schon wegen des Essens, dann aber auch, um Kollegen zu treffen; daraus ergab sich dann mit der Zeit der "Wirtshaus-Alkoholismus" der Patienten.

Eine andere Gruppe von Kranken, es sind deren drei, nannten neben Gründen, die an anderen Stellen eingeordnet werden müßten, zusätzlich noch Krankheiten, die bei ihnen mit verantwortlich waren. Eine Hausfrau, die an Schlaflosigkeit litt, beschrieb: "Alkohol wirkte Wunder"; außerdem trank sie auch noch, wenn sie Migräne hatte, was half, ihre Schmerzen zu lindern. Ein anderer Patient fühlte sich nach einer Pankreas-Operation öfter unwohl; nach Alkoholgenuß ging es ihm besser. Und ein dritter Patient trank vor allem wegen seiner Schmerzen, die er seit einer Nabelbruchoperation hatte.

Hauptsächlich "seelische Konflikte" spielten bei einer anderen Gruppe von Patienten eine dominierende Rolle.

Um "Spannungen von innen" (= Unzufriedenheit) oder "Spannungen von außen" (= Ärger) loszuwerden, mußte ein Patient trinken; außerdem trank er auch aus "freudigen An-

lassen", oder wenn er eine "innere Leere" verspürte. Der Patient bezeichnete sein Trinken als "Ventil für Freud und Leid".

Bei einem zweiten Patienten führten "Unzufriedenheit als Ausländer, eheliche, sexuelle, finanzielle und Erziehungsprobleme" zu einer "inneren Unruhe". Wenn er diese innere Unruhe verspürte, mußte er einfach trinken; er beteuerte auch, daß er nicht unbedingt trinken müßte, wenn man ihm diese innere Unruhe nehmen könnte.

Ebenfalls äußerst interessant sind die Angaben eines weiteren Patienten, dessen Vater auch viel getrunken habe; er habe dies nicht mit ansehen können, habe sich für seinen Vater geschämt und sich deshalb auch "besoffen". Er habe gesehen, daß es seinem Vater durch das Trinken schlechter ging, hatte ihn aber gern, und aus diesem Grunde habe er auch getrunken. Als der Vater starb, ergab sich daraus eine nochmalige Mengensteigerung.

Vielerlei verschiedene Gründe für eine Mengensteigerung, ohne daß ein Grund dominierte, führten 3 Patienten an. Sie lassen sich aufgrund der mannigfaltigen, miteinander aber nicht in Beziehung zu bringenden Gründe nicht einer der oben genannten Gruppen einordnen.

Ein Patient schließlich gab an, daß es bei ihm nach alkoholarmen oder alkoholfreien Intervallen von einigen Wochen plötzlich zu zwei- bis dreitägigen Gelagen gekommen sei; die Gründe hierfür seien berufliche Schwierigkeiten gewesen; es sei aber auch schon ohne ersichtlichen Grund dazu gekommen.

Bei einem weiteren Patienten erfolgte nach eigenen Angaben keine Mengensteigerung. Er habe seit dem 15. Lebensjahr schon gleich "viel" getrunken, "ohne irgendwelche besonderen Gründe".

Zwei Patienten stritten eine Mengensteigerung ab und verweigerten auch genauere Angaben über ihren Alkoholgenuß, einer mit der Begründung, daß er kein "Trinker" sei.

Der andere gab zwar anfangs eine Mengensteigerung zu, bestritt diese im weiteren Verlaufe des Gespräches jedoch wieder und zeigte sich nicht mehr bereit, auf Fragen bezüglich des Alkohols einzugehen.

Eine letzte Patientin mit einer "Wernicke-Enzephalopathie" begriff diese Frage, wie auch die meisten anderen, nicht; sie konnte deshalb auch keine Auskunft geben.

Bei der Frage nach einer rückblickenden Begründung für das Festhalten an der höheren Alkoholmenge meinten 31 Patienten, daß sie einfach aus Gewohnheit an der höheren Alkoholmenge festgehalten hatten. Eine ebenfalls hohe Anzahl, nämlich 12, betonten, daß sie deshalb tranken, weil die "Zustände oder Anlässe", weswegen sie mehr getrunken hatten, ebenfalls andauerten. 4 bekamen bei zu geringen Mengen Abstinenzerscheinungen und 3 Patienten machten keine Angaben.

Ob es nach Übergang zu den größeren Mengen auch Zeiten gegeben habe, in denen sie weniger oder gar nicht getrunken haben, beantworteten 40 Patienten mit "Ja" und 10 mit "Nein".

Es konnten allerdings nur ungefähre Durchschnittswerte über die Dauer dieser "alkoholarmen" oder "alkoholfreien" Perioden bekommen werden, da die Patienten sich nicht mehr genau erinnerten. Sie konnten sich natürlich auch nicht mehr erinnern, wie oft dies vorgekommen war. Tabelle IX gibt einen Überblick über die ungefähre Dauer der Zeiträume, in denen weniger oder gar nicht getrunken wurde.

Tabelle VIII. Motivationen der Mengensteigerung beim Alkoholismus

Motivationen	Anzahl
<u>MENGENSTEIGERUNG WURDE ZUGEgeben</u>	
<u>Mengensteigerung ergab sich ohne besonderen Anlaß aus dem Gewohnheitstrinken heraus</u>	5
<u>Mengensteigerung mit bestimmten Begründungen</u>	
Mengensteigerung erfolgte in Verbindung mit beruflichen Umständen:	
Bedingungen und Umstände am Arbeitsplatz	6
der Beruf selbst als Hauptursache	3
Mengensteigerung ergab sich aus einer besseren wirtschaftlichen Lage heraus	9
Animierung zum Mehrtrinken durch Bekanntenkreise und soziale Gruppen	7
Mengensteigerung hauptsächlich aus zwischenmenschlichen Konfliktsituationen heraus	6
Mengensteigerung durch Krankheiten mitbedingt	3
Mengensteigerung wird begründet mit seelischen Konflikten	3
Mengensteigerung hat vielerlei verschiedene Gründe	3
<u>Periodisch exzessive Mengensteigerung</u>	1
MENGENSTEIGERUNG NICHT ERFOLGT; MENGE WAR SCHON IMMER GLEICH HOCH	1
ABSTREITEN EINER MENGENSTEIGERUNG UND DES ALKOHOLISMUS ÜBERHAUPT MIT VERWEIGERUNG NÄHERER ANGABEN	2
PATIENT HAT WERNICKE-ENZEPHALOPATHIE UND KANN NUR GANZ PRIMITIVE FRAGEN BEANTWORTEN; ER BEGREIFT DIE FRAGE NICHT	1
Summe	50

Tabelle IX zeigt, daß ein Teil (9 Patienten) nach wenigen (bis zu 5) Tagen freiwilliger Abstinenz wieder trank. 10 Patienten hielten es 15 Tage aus, bis sie wieder dem Alkohol zusprachen, und bereits nach einem Monat tranken 25 von den 38 wieder. Jedoch auch bemerkenswert sind die 5 Kranken, die angaben, länger als 100 Tage "alkoholarm", beziehungsweise "abstinent", gelebt zu haben.

Sehr aufschlußreich sind die Begründungen für diese zeitweiligen Mengenverminderungen. 12 Patienten konnten den starken Alkoholgenuß körperlich nicht mehr vertragen, 9 konnten den Zustand des Alkoholismus seelisch nicht mehr ertragen, und bei 8 führte das zeitweilige Wegfallen der Anlässe für das Trinken zur zeitweiligen Mengenverminderung. Bei 4 Patienten spielten finanzielle Schwierigkeiten eine Rolle.

Nur von untergeordneter Bedeutung war die Angst vor einer Scheidung (2 Patienten), und gar keinen Einfluß auf eine Mengenverminderung hatte die Angst vor etwaigen Konsequenzen des Arbeitgebers (kein Fall). 5 Patienten wollten oder konnten keine Angaben machen.

Tabelle IX. Zeiträume des "Wenigertrinkens" oder "Nichttrinkens" in Tagen

Tage	Anzahl Patienten
0 - 5	9
6 - 10	2
11 - 15	10
16 - 20	0
21 - 30	4
31 - 40	3
41 - 50	2
51 - 100	3
mehr als 100	5
nicht weniger getrunken	10
keine Angaben	2
Summe	50

Von den 50 untersuchten Patienten sind 11 schon einmal wegen ihres Alkoholismus in stationärer nervenärztlicher Behandlung gewesen. 4 Patienten waren sogar schon zweimal stationär behandelt worden. Drei machten keine Angaben.

Die Behandlungsdauer schwankte bei den erstmals stationär Behandelten zwischen ein und drei Monaten; von den 4 Patienten, die schon zweimal behandelt worden waren, waren einer 2 Monate, zwei 3 Monate und einer sogar 22 Monate in stationärer Behandlung gewesen.

Tabelle I. Dauer bis zum erneuten Trinken und Zeitspanne bis zur Rückfälligkeit zu größeren Mengen bei 15 schon stationär behandelten Patienten.

Tage nach Klinik- entlassung	erneutes Trinken (Anzahl Pat.)	Rückfälligkeit zu größeren Men- gen (Anzahl Pat.)
1	1	0
2 - 5	2	2
6 - 10	0	0
11 - 15	2	1
16 - 20	0	0
21 - 30	1	2
31 - 40	2	0
41 - 50	0	1
51 - 60	1	1
61 - 70	1	0
71 - 80	0	0
81 - 90	1	0
110 - 120	0	2
180 - 220	3	2
360 - 400	1	2
700	0	1
keine Angaben	0	1

Tabelle I gibt einen Überblick über die Dauer der Totalabstinenz nach Klinikentlassung und über die Zeitspanne, die bis zum Rückfall verstrich.

Ein Patient trank gleich am ersten Tag nach Entlassung wieder Alkohol und weitere 4 in den ersten 15 Tagen.

3 davon wurden in diesem Zeitraum schon wieder rückfällig. Bis zu den ersten 90 Tagen, das ist also ein Vierteljahr, tranken von den 15 stationär behandelten Patienten bereits 11 wieder Alkohol, und 7, das heißt, fast die Hälfte, waren schon wieder rückfällig geworden. Nach 400 Tagen tranken bereits alle wieder Alkohol, und sie waren auch alle, bis auf einen, wieder zu größeren Mengen übergegangen. Dieser will es 700 Tage, das sind ungefähr 2 Jahre, ausgehalten haben, bis er wieder "abrutschte".

Die höchste Quote der Rückfälligkeit liegt also einmal, mit der Hälfte der Patienten, in den ersten beiden Monaten, zum anderen findet im Zeitraum von einem Vierteljahr bis etwas über einem Jahr eine mehr oder weniger kontinuierliche Rückfälligkeit fast der gesamten zweiten Hälfte der Patienten (bis auf einen) statt.

Als Begründungen für ihren erneuten Alkoholismus gaben 8 Patienten an, daß sich das Verlangen allmählich, ohne besondere Anlässe, aus dem erneuten Alkoholgenuß entwickelt habe. 3 tranken aus den gleichen Gründen, die sie bei der ersten Mengensteigerung angegeben hatten, wieder; einer davon bemerkte treffend: "Der Wille war nicht da, und es fehlte halt an Einsicht." Ein Patient mußte aus körperlichem Verlangen (= Zittern, Schwächegefühle) wieder mehr trinken. 2 Patienten gaben andere Begründungen als zur ersten Mengensteigerung ab: einer hatte vor seiner Klinikeinweisung aus vielerlei verschiedenen Gründen, unter anderem auch aus Kummer über seine langjährige Tbc-Erkrankung, getrunken, und jetzt trank er wieder mehr, wenn er in der Lungenheilanstalt Besuch bekam. Der zweite Patient, der nach seiner Kli-

nikentlassung am Arbeitsplatz nur Milch trank, wurde nach seinen Angaben von Arbeitskollegen gehänselt und zum erneuten Alkoholgenuß angestachelt, woraus sich dann wiederum sein Alkoholismus ergab. Ein Patient machte keine Angaben.

Tabelle XI. Allgemeine Erklärungen im Zusammenhang mit dem Alkoholgenuß

Erklärungen	"Ja"	keine Angaben	ent- fällt
In meiner Familie wurde zum Essen und auch sonst regelmäßig Alkohol getrunken	17	3	0
Ich habe von meinem Vater zu Hause das Trinken gesehen und übernommen	12	4	2
Mein Vater hat mich öfter in die Gaststube mitgenommen	5	3	2
Meine Berufskollegen haben auch kräftig getrunken	38	4	3
Ich habe von Beruf wegen viel mit Alkohol oder Alkoholgenuß zu tun gehabt	8	3	0
In meinem Beruf habe ich viel in heißer, staubiger und trockener Luft zu tun gehabt, deswegen habe ich auch viel Alkohol trinken müssen	27	3	1
Alle meine Verwandten trinken mehr oder weniger Alkohol	24	9	1
Bier ist flüssiges Brot; und wenn man schwer arbeitet, muß man auch Bier trinken	28	5	0
Ich habe schon immer gerne Alkohol getrunken	40	7	3
Summe ¹⁾	199	41	12

1) Siehe Fußnote Seite 36

Tabelle XI zeigt den Einfluß der Primär- und Sekundärgruppen auf die Meinung des Patienten über den Alkoholgenuß; sie gibt auch seine Ansichten über die Stellung des Alkohols als notwendiges "Nahrungsmittel" wieder.

Bei 17 Patienten wurde zuhause regelmäßig Alkohol getrunken, und 12 Patienten wollen von ihrem Vater das Trinken gesehen und übernommen haben. 38 Patienten betonten, daß die Berufskollegen auch kräftig getrunken hätten, und 27 meinten, daß sie wegen der heißen und staubigen Atmosphäre am Arbeitsplatz viel Alkohol hätten trinken müssen.

Bei 24 Patienten trinkt die Verwandtschaft auch Alkohol. Die Ansicht, daß Bier flüssiges Brot sei, ist noch immer weit verbreitet. Dies zeigt sich darin, daß 28 Patienten diese Frage bejahten. 40 gaben zu, daß sie schon immer gerne Alkohol getrunken haben.

Bei einem Vergleich der bevorzugten Atmosphäre, in der vor und nach der Mengensteigerung getrunken wurde, zeigt sich, wie aus Tabelle XII hervorgeht, daß vor der Mengensteigerung 25 Patienten hauptsächlich in Gesellschaft im Gasthaus getrunken haben, weitere 20 zuhause, davon fast die Hälfte alleine; nur einer war ein "einsamer" Wirtshaustrinker.

Nach der Mengensteigerung nimmt die Zahl derer, die in Gesellschaft im Gasthaus tranken, beträchtlich ab, hauptsächlich zugunsten von solchen Patienten, die alleine zuhause tranken. So ist nach der Mengensteigerung die Zahl der Patienten, die zuhause für sich alleine tranken, genauso groß wie die Zahl derer, die im geselligen Beisammensein zuhause tranken. Immer noch überwiegend ist jedoch die Anzahl der Kranken, die hauptsächlich im Gasthaus bei Kollegen tranken.

Tabelle XII. Ort und Atmosphäre des Alkoholgenusses
vor und nach der Mengensteigerung

Ort und Atmosphäre	vor Mengen- steigerung	nach Mengen- steigerung
vorwiegend allein zu- hause	9	13
vorwiegend allein im Gasthaus	1	2
vorwiegend in Gesell- schaft zuhause	11	13
vorwiegend in Gesell- schaft im Gasthaus	25	18
keine Angaben	4	4
Summe	50	50

Interessant ist auch, wie viele Patienten während der Arbeitszeit getrunken haben. Vor der Mengensteigerung waren dies 25; 18 verneinten diese Frage, 3 machten keine Angaben, und 4 waren Hausfrauen ohne berufliche Tätigkeit. Nach Übergang zu größeren Mengen tranken bereits 33 von den 43 in Frage kommenden Patienten während der Arbeitszeit.

Auch die Zahl derer, die heimlich tranken, stieg von Null vor der Mengensteigerung auf 7 nachher, wobei 3 Patienten zu dieser Frage keine Angaben machten.

Wie die tageszeitliche Verteilung des Trinkens aussah, zeigt Tabelle XIII.

Zu Tabelle XIII ist zu bemerken, daß 21 Patienten vor der Mengensteigerung schon morgens tranken und sich diese Zahl noch bis auf 27 erhöhte; die Patienten, die erst von den Abendstunden an tranken, nahmen von 13 auf 7, also auf fast die Hälfte, ab.

Tabelle XIII. Tageszeitliche Verteilung des Trinkens
vor und nach der Mengensteigerung

Tageszeiten	vor Mengen- steigerung	nach Mengen- steigerung
Alkoholgenuß ab morgens	21	27
Alkoholgenuß ab mittags	8	6
Alkoholgenuß ab abends	13	7
Alkoholgenuß begann zu verschiedenen Zeitpunkten	5	7
keine Angaben	3	3
Summe	50	50

Wie aus Tabelle XIV ersichtlich, traten die allgemein bekannten Gedächtnislücken nach stärkerem Trinken bei 22 Patienten auf; 19 Patienten gaben an, daß in letzter Zeit ihre Verträglichkeit für Alkohol allmählich geringer geworden war; 31 bemerkten das für den Alkoholiker typische morgendliche Zittern, das dann nach den ersten Gläsern Alkohol wieder verschwindet; 10 gaben zu, schon ein Alkoholdelir gehabt zu haben. "Seelische Beschwerden" in Form von Selbstmitleid (7) und Schuldgefühlen (25) verursachte der Alkohol bei 32 Patienten.

Tabelle XIV. Wirkungen des Alkohols auf Körper und Seele

Wirkungen	Anzahl Patienten	keine Angaben
Gedächtnislücken nach stärkerem Trinken	22	3
verminderte Alkoholtoleranz	19	4
morgendliches Zittern	31	3
Delirium tremens	10	5
Schuldgefühle	25	4
Selbstmitleid	7	5
Summe ¹⁾	114	24

1) Siehe Fußnote Seite 36

Wie aus der nächsten Tabelle, nämlich Tabelle XV, zu erkennen ist, trug der Alkoholgenuß bei einem Großteil der Patienten zu gehobener Laune, Stimmung und Unternehmungslust bei.

So stieg bei 34 die Unterhaltsamkeit, bei 26 die Unternehmungslust und bei 21 das Selbstbewußtsein. 11 der Patienten verziehen unter Alkoholeinfluß den Mitmenschen ihre Fehler, 30 vergaßen ihre Sorgen, und 5 wurden sogar großzügig und machten Geschenke.

Jedoch auch Stille und Zurückhaltung stiegen an: dies behaupteten 24 Patienten. Die Diskrepanz, daß die Summe aus 24 und 34 58 sei, wobei aber doch die Zahl der befragten Patienten mit nur 50 angegeben war, erklärt sich daraus, daß eine Reihe von Kranken zunächst gehobener Laune war, während aber, ihren Angaben gemäß, nach einiger Zeit das "Stimmungsbarometer" wieder fiel und sie stiller wurden. Ebenso erklärten 8 Patienten, daß sie oft Depressionen bekommen hatten, und 9 hatten unter Alkoholeinfluß schon mit Selbstmordgedanken gespielt.

Ebenfalls von großer Bedeutung ist, wie aus den Angaben der Patienten zu ersehen ist, das Entstehen von Gereiztheit, Jähzorn und Streitsucht, wenn sie etwas getrunken hatten.

Wichtig erschien die Frage nach körperlicher und seelischer Abhängigkeit der Patienten vom Suchtmittel.

10 Patienten konnten darüber nichts aussagen, da sie wie in der Tabelle zu sehen ist, die Menge nicht vermindert hatten. 3 machten keine Angaben.

Von den verbleibenden 37 Alkoholikern stellten 9 körperliche Abstinenzsymptome fest, die in Tabelle XVI zusammengestellt sind.

Tabelle XV. Verändertes Verhalten, Empfinden, Erleben
unter Alkoholeinfluß

Verhalten, Empfinden, Erleben	Anzahl Patienten	keine Angaben
Steigen der Laune und damit der Unterhaltsamkeit	34	3
steigende Unternehmungslust	26	4
steigendes Selbstbewußtsein	21	5
Vergessen der Sorgen	30	4
Verzeihen der Fehler der ande- ren	11	9
steigende Großzügigkeit mit "Schenkfreudigkeit"	5	4
steigende Stille und Zurück- haltung	24	4
Depressionen	8	4
Selbstmordgedanken	9	4
schlechtes Gewissen	14	4
Eifersucht	6	2
Gereiztheit	20	4
Streitsucht	12	4
Jähzorn und Aufbrausen	13	4
allgemeine Verachtung	7	4
Verzweifeln am Leben	5	4
Summe	245	67

Tabelle XVI. Körperliche Entziehungssymptome nach
Angabe von 9 Patienten

Symptome	Anzahl Patienten
Zittern	7
Kopfschmerzen	6
Schwächegefühle	5
Übelkeit	4
Angst	4
Durchfälle	2
Halluzinationen	1
Krampfanfälle mit Bewußtlosigkeit	1

Tabelle XVII zeigt deutlich die starke seelische Abhängigkeit vom Alkohol bei 15 Patienten, die bei 8 so stark war, daß ihretwegen wieder getrunken wurde. Nur 4 Patienten dachten wenig oder gar nicht an Alkohol. Die Mehrzahl, nämlich 17, konnten ein zeitweiliges "Denken an Alkohol" leicht ertragen.

Tabelle XVII. "Seelische" Abhängigkeit vom Alkohol

Stufen der Abhängigkeit	Anzahl Patienten
wenig oder gar nicht an Alkohol gedacht	4
ab und zu an Alkohol gedacht, was leicht zu ertragen war	17
fast immer nur an Alkohol gedacht, was nur sehr schwer zu ertragen war	7
das Denken an Alkohol war so stark, daß deswegen wieder getrunken wurde	8
keine Angaben	4
keine Mengenverminderung	10
Summe	50

Zu diesem Punkte ist noch zu bemerken, daß sich bei 6 Personen die Laune verschlechterte, wenn sie keinen Alkohol tranken. 4 fühlten sich ohne Alkohol gehemmt. (Jeweils 3 Enthaltungen)

Von großer Bedeutung für die Therapie und eine Prognose hinsichtlich einer etwaigen Rückfälligkeit ist die Frage nach der Einstellung des Patienten zu seiner Sucht. Den Patienten wurden 3 vorgeformte Antworten zur Auswahl gegeben und die Ergebnisse dann in Tabelle XVIII in Beziehung zur bisherigen Dauer ihrer stationären Behandlung gesetzt.

Aus Tabelle XVIII geht hervor, daß 31 Patienten nicht überzeugt sind, daß ihr Alkoholgenuß als Sucht oder Krankheit bezeichnet werden kann. 11 Patienten sahen ein, daß ihr Alkoholismus eine behandlungsbedürftige Krankheit ist. 4 Patienten sahen zwar ihre Sucht ein, hielten sie aber für nicht so schlimm, daß man sie behandeln müßte.

In dem Zeitraum bis zum 10. Tag nach ihrer Einweisung wurden 31 Patienten erfaßt. 23 zeigten Einstellung I, 4 Einstellung II, einer Einstellung III, und 3 machten keine Angaben.

Von den 19 übrigen, die nach dem 10. Tag erfaßt wurden, zeigten 8 die Einstellung I, 7 (!) die Einstellung II, 3 die Einstellung III, und einer machte keine Angaben.

Inwieweit also die Länge des Klinikaufenthalts schon einen Einfluß auf die Einsicht der Kranken gehabt hat, wird einer genaueren Diskussion bedürfen.

Tabelle XVIII. Einstellung des Patienten zu seiner Sucht bei Erhebungsbeginn bezogen auf die Dauer der stationären Behandlung

<u>Einstellung I</u>	Patient sieht nicht ein, daß sein Alkoholismus eine Sucht und Krankheit ist
<u>Einstellung II</u>	Patient sieht ein, daß sein Alkoholismus eine Sucht und Krankheit ist, die man behandeln muß
<u>Einstellung III</u>	Patient sieht ein, daß sein Alkoholismus eine Sucht und Krankheit ist, hält sie aber für nicht so schlimm, daß man sie behandeln muß
<u>Einstellung IV</u>	Keine Angaben

Tage des Klinik- aufenthalts	Anzahl der Patienten mit den Einstellungen			
	I	II	III	IV
1 - 5	14	2	0	2
6 - 10	9	2	1	1
11 - 15	6	4	1	0
16 - 20	1	1	0	0
21 und mehr	1	2	2	1

Die nachstehenden Tabellen und Daten sollen die Gedanken und Vorsätze der Patienten in bezug auf die Veränderung ihres Alkoholgenusses nach der Entlassung aus der Klinik, die Vorsätze bezüglich des eigenen Wesens und Gedanken zu einer etwaigen Veränderung der allgemeinen Lebenssituation zeigen.

Aus Tabelle XIX ist ersichtlich, daß sich 20 Patienten vornahmen, nie mehr Alkohol zu trinken. Ebenso viele bekannten, daß sie wieder trinken wollten, aber natürlich "in Grenzen". 2 von den Patienten waren sich darüber noch nicht im klaren, und 4 gaben an, daß sie genauso wie vor der Klinikaufnahme trinken wollten.

Tabelle XIX. Gedanken zur Veränderung des Alkoholgenusses nach Klinikentlassung

Gedanken	Anzahl Patienten
Patient will nie mehr Alkohol trinken	20
Patient weiß noch nicht, was er will	2
Patient will wieder trinken, aber in Grenzen	20
Patient will genauso wie vor der Klinikaufnahme trinken	4
keine Angaben	4
Summe	50

Die Patienten hatten zum Großteil gute Vorsätze bezüglich ihres eigenen Wesens. 12 nahmen sich vor, sich von Grund auf zu ändern, und 22 wollten versuchen, ihre Schwächen in Schach zu halten. Aber auch 10 wollten nicht einsehen, warum sie sich ändern sollten. Diese Angaben sind in Tabelle XX zusammengefaßt.

Ähnlich sahen die "Gedanken zur Veränderung der allgemeinen Lebenssituation" aus. Auch hier wollten 12 Patienten ihre familiäre und berufliche Situation verbessern; 22 jedoch sahen keine Möglichkeit, die vor der Klinikaufnahme bestehenden Situationen zu ändern, und wiederum 10 fanden es nicht notwendig, irgendetwas anders zu machen als vor dem Klinikaufenthalt. Einer sagte, er habe nicht die Kraft dazu, etwas zu ändern, und 5 Patienten machten schließlich überhaupt keine Angaben.

Tabelle XX. Vorsätze bezüglich des eigenen Wesens bei Erhebungsbeginn

Vorsätze	Anzahl Patienten
Patient will sich von Grund auf ändern	12
Patient will sich ändern, wenn sich seine Umwelt ändert	1
Patient kennt seine Schwächen und Fehler und will versuchen, diese nicht mehr aufkommen zu lassen	22
Patient sieht nicht ein, warum er sich ändern soll	10
keine Angaben	5
Summe	50

c) Befunde

Die Angaben zum letzten Teil des Fragebogens stammen zum Großteil aus den Krankenblättern. Informationen von den Stationsärzten und eigene Beobachtungen vervollständigten das Bild des Kranken.

Bei der Befragung war die äußere Erscheinung bei 5 Patienten überdurchschnittlich gepflegt, bei 29 normal, 14 erschienen etwas schlampig und 2 machten einen mehr oder weniger verwahrlosten Eindruck.

Tabelle XXI zeigt die Aufnahmediagnosen. Aus dieser Aufstellung geht hervor, daß nur 23 Patienten "einfache" Alkoholiker waren. 15 wurden mit der Diagnose "Delirium tremens" eingeliefert, wovon bei 4 noch ein Anfallsleiden dazukam. Weitere 6 kamen mit einem Praedelir in die Klinik, bei 2 bestand ebenfalls zugleich ein Anfallsleiden. 3 Patienten hatten eine Polyneuropathie, 2 einen "einfachen" Alkoholismus mit einem Anfallsleiden, für das keine sonstigen Ursachen gefunden wurden, und bei einem Patienten schließlich bestand eine Wernicke-Enzephalopathie.

Tabelle XXI. Einweisungsdiagnosen

Diagnosen	Anzahl Patienten
"einfacher chronischer" Alkoholismus	23
Alkoholismus mit Polyneuropathie	3
Praedelir	4
Delirium tremens	11
Alkoholismus mit Anfallsleiden, für das keine sonstigen Ursachen gefunden wurden	2
Praedelir mit Anfallsleiden	2
Wernicke-Enzephalopathie	1
Delirium tremens mit Anfallsleiden	4
Summe	50

Bei der körperlichen Aufnahmeuntersuchung fanden sich bei 38 (von 46) Patienten Fingertremor, bei 20 (von 45) vegetative Zeichen, bei 26 (von 45) lebhafteste Reflexe und bei 16 (von 48) sonstige neurologische Normabweichungen.

Bei der psychischen Aufnahmeuntersuchung waren 38 Patienten bewußtseinsklar, 10 bewußtseinsgetrübt und 2 sogar bewußtlos. Ferner waren 18 Patienten zeitlich und 16 örtlich nicht orientiert. Weitere 18 waren psychomotorisch unruhig. (bei einem Patienten waren keine Angaben zu ermitteln); 10 hatten optische (bei einem Patienten keine Angaben) und 5 akustische Halluzinationen (bei 2 Patienten keine Angaben).

Tabelle XXII. Persönlichkeitsbilder der Kranken

Persönlichkeitsbild	Anzahl der Patienten
minderbegabt	4
depressive Grundstimmung	13
selbstunsicher	18
asthenisch	6
unbeherrscht	12
stimmungs-labil	23
übergenau	0
willens-schwach	40
sonstige pathocharakterologische Befunde	21
Summe ¹⁾	137

Bei den Persönlichkeitsbildern imponiert besonders die Willensschwäche, gefolgt von Stimmungs-labilität und Selbstunsicherheit. Viele Patienten zeigten auch depressive Züge oder Zeichen von Unbeherrschtheit.

An sonstigen pathocharakterologischen Feststellungen ist die alkoholisch-euphorische Grundstimmung bei 19 Patienten, die Kritiklosigkeit bei 7, und die offensichtliche Unehrlichkeit bei 4 Patienten zu nennen. Ein Patient zeigte sich fast aggressiv, indem er immer wieder Anstalten machte, das Zimmer zu verlassen und nicht auf beschwichtigende Worte hörte. Ein weiterer Patient wird im Krankenblatt als unselbständig und geltungsbedürftig bezeichnet.

1) Siehe Fußnote Seite 36

Tabelle XXIII. Verlaufsbeobachtung

Verlauf	Anzahl Patienten
weder vor der Aufnahme noch in der Klinik Entzugerscheinungen	29
schon vor der Aufnahme Praedelir	6
schon vor der Aufnahme Delirium tremens	12
erst in der Klinik Praedelir	0
erst in der Klinik Delirium tremens	3
schon vor der Aufnahme Anfälle	6
erst in der Klinik Anfälle	1
Summe ¹⁾	57

Tabelle XXIII zeigt, daß sehr viele Patienten, nämlich 21 von 50, Entzugerscheinungen entweder vor oder in der Klinik zeigten, wobei erst in der Klinik bei 3 Patienten das Delirium tremens auftrat, bei einem noch zusätzlich Anfälle hinzukamen. Bei allen anderen Patienten traten die Entziehungssymptome schon vor dem Klinikaufenthalt auf und waren dann natürlich der Grund für die Einweisung.

Diese große Anzahl von Patienten mit Entziehungssymptomen beruht auf der Tatsache, daß in die Universitäts-Nervenklinik natürlich hauptsächlich schwere Fälle und Komplikationen des chronischen Alkoholismus eingewiesen und dort behandelt werden.

Wenn wir die soziale Situation unserer Patienten näher betrachten, so lassen sich bei einer enorm hohen Anzahl soziale Schäden leichter oder schwerer Art erkennen; und so zeigen sich bei 40 von 48 Patienten deutliche soziale Schäden; bei 2 waren über deren soziologischen Status nur allgemeine Angaben zu ermitteln, und nur bei 8 Patienten ließen sich keine eindeutigen Schädigungen feststellen.

1) Siehe Fußnote Seite 36

Tabelle XXIV. Beurteilung der sozialen Situation

Beurteilung	Anzahl Patienten	keine Angaben	ent- fällt
soziale Schäden er- kennbar	40	2	
beruflich gefährdeter Trinker	24	1	11
beruflich gescheiter- ter Trinker	9	2	3
familiär gefährdeter Trinker	14	1	13
familiär gescheiter- ter Trinker	10	1	12
Summe ¹⁾	97	7	39

24 Patienten waren beruflich gefährdet, so daß sie nach dem Klinikaufenthalt entweder um ihren Arbeitsplatz fürchten mußten, oder doch, auf längere Sicht gesehen, dieser durch ihre Trunksucht nicht gesichert war.

9 Patienten waren aufgrund ihres Alkoholismus schon beruflich gescheitert, das heißt, sie waren entweder arbeitslos oder in ihrer beruflichen Stellung gesunken.

Bei 14 Patienten war die Ehe in Gefahr, und 10 waren bereits geschieden; einer von diesen war schon zum dritten Male verheiratet.

Schulden wegen ihrer Trunksucht hatten die Patienten nicht gemacht, außer einem, der angab, 10 000 DM Schulden zu haben, wobei der Alkohol schon eine Rolle gespielt habe.

Wegen Trunkenheit am Steuer sind insgesamt schon 6 Patienten bestraft worden, wovon zur Zeit noch 4 unter Führerscheinentzug standen.

1) Siehe Fußnote Seite 36

3. Typologische Aspekte

Bei einer Befragung von 50 Patienten lassen sich schon während der Untersuchungszeit, und natürlich erst recht bei einem gesamten Überblick, gewisse Kennzeichen und Merkmale feststellen, die bei einzelnen Patienten immer wieder auftreten, so daß man eine gewisse typologische Einteilung vollziehen kann.

Eine Anzahl Patienten erschien bei der Untersuchung äußerst aufgeschlossen und mitteilksam. Sie waren teils von einer derartigen Beredsamkeit und Mitteilksamkeit, daß sich die Befragung bis zu zweieinhalb Stunden ausdehnte. Diese Patienten waren bereit, offen über ihren Alkoholismus zu sprechen. Teilweise hatte man auch das Gefühl, daß sie mit jemandem über ihre Probleme sprechen "wollten"; sie wußten auch zum Teil über ihre Krankheit für einen Laien außerordentlich gut bescheid.

Es waren zum Teil solche Patienten, die aus "inneren Spannungszuständen" heraus getrunken hatten. Ein Patient trank teils aus "Spannungen von innen" (= Unzufriedenheit), teils aus "Spannungen von außen" (= Ärger), teils aber auch, wenn er sich besonders freute. Er bezeichnete sein Trinken als "Ventil für Freud und Leid." Ähnlich beschrieb ein anderer Patient eine "innere Unruhe", die sich aus finanziellen, ehelichen, sexuellen und Erziehungsproblemen ergab. Wenn er diese "innere Unruhe" verspürte, mußte er trinken. Bei einem dritten in dieser Reihe ergaben sich die "Spannungszustände" aus beruflicher Überlastung heraus.

In diese Kategorie der "Mitteil samen" gehören auch 2 Hausfrauen. Eine von ihnen gestand, daß sie durch den Hausbau, wo sie neben ihrer hausfrau lichen Tätigkeit schwer arbeitete, schon jahrelang keinen Urlaub und keine Freizeit gehabt hätte, daß sie öfter Kopf-

schmerzen habe und abends nicht schlafen könne. Alkohol half ihr, die Kopfschmerzen zu lindern, er ließ sie leichter einschlafen, und er half ihr auch, die Spannungen, die durch die schwere Arbeit bei ihr entstanden waren, abzubauen. Die andere Hausfrau war ebenfalls sehr mitteilksam, konnte jedoch für eine Mengensteigerung keine Gründe angeben.

Diese Patienten sind intelligenzmäßig teilweise hochstehend und wissen über ihre Sucht bescheid. Sie kommen auch meist mehr oder weniger freiwillig in die Klinik, wo sie sich, nach ihren Angaben, einmal von den Spannungen erholen können, wo sie aber auch Verständnis und Hilfe suchen.

Die Patienten erzählen zum Teil ihre ganze Lebensgeschichte und schweifen oft bei der Suche nach Begründungen für ihren Alkoholismus vom Thema ab. Sie möchten eine "Unterhaltung" über ihr Problem, und sie erbitten auch Ratschläge für die Zeit nach dem Klinikaufenthalt. Oft bedanken sie sich nach der Unterhaltung sogar für das Verständnis und für etwaige Tips zur Einhaltung der Abstinenz.

Natürlich findet man auch das absolute Gegenteil zu dieser Gruppe. Zwei Patienten machten über ihren Alkoholismus wenig, beziehungsweise keine Angaben. Einer davon wollte aufstehen und gehen, mit der Begründung, Fragen über den Alkohol beantworte er nicht, denn er sei kein Trinker. Ein anderer ließ sich anfangs zu einigen Aussagen bewegen, bestritt diese jedoch bald wieder und zeigte sich im weiteren Verlaufe des Gespräches nicht bereit, auf die Fragen bezüglich des Alkohols einzugehen. Bei diesen Patienten liegt natürlich eine schwere Form der alkoholischen Wesensänderung mit wenig Aussicht auf einen raschen Behandlungserfolg vor.

Ähnlich diesen beiden, jedoch nicht so ausgeprägt verschlossen, war eine andere Gruppe von Patienten; diese waren mißtrauisch und scheu und witterten hinter jeder Frage eine verborgene Gefahr. Sie ließen sich zwar über ihren Alkoholgenuß ausfragen, logen jedoch offensichtlich, wie aus den Krankenblättern ersichtlich war, bei bestimmten Fragen, wie zum Beispiel nach der Höhe des Alkoholkonsums. Sie reagierten auch empfindlich auf andere Fragen, aus denen ihre Sucht, wie sie glaubten, deutlich würde. Dies zeigte sich zum Beispiel bei der Frage nach dem ersten Rausch: Rausch, so sagten sie, hätten sie noch keinen gehabt, höchstens ab und zu einen "Schwips".

Schwierig war es bei diesen Patienten auch, eine Mengensteigerung zu ermitteln, da sie teilweise anfangs auf diese Frage nicht recht eingehen wollten. Nur allmählich gab ein Teil der Patienten die abwehrende Haltung auf, als sie sahen, daß man sie nicht nur "aushorchen" wollte, sondern daß es sich um eine Befragung handelte, die ihnen einerseits keinen Schaden brachte, und in der das Thema Alkohol mit einer Selbstverständlichkeit und ohne irgendwelches Anhaften von Anschuldigungen mit ihnen als gleichberechtigten Gesprächspartnern besprochen wurde. So erging es uns bei einem jungen Kellner, der gleich zu Beginn der Befragung mit einer gewissen Euphorie und einer "freundlichen Abwehrhaltung" betonte, daß er sich nicht ausfragen ließe. Nachdem ihm klargemacht worden war, daß man ihn nicht ausfragen wolle, witterte er zwar noch immer "Fangfragen" (wie er diese selber bezeichnete), zeigte sich aber schon nach wenigen Minuten bereit, mehr oder weniger offen über seinen Alkoholgenuß zu sprechen.

Der andere Teil in dieser Gruppe der Scheuen, Mißtrauischen und nicht ganz Ehrlichen, legte jedoch während der ganzen Unterhaltung seine Abwehrhaltung nicht ab und reagierte zum Schluß des Gespräches auf bestimmte Fragen noch genauso empfindlich wie vorher.

Manche Patienten aus dieser Gruppe wollten oder konnten für eine Mengensteigerung keine Begründung abgeben. Teilweise wurden ungünstige Bedingungen am Arbeitsplatz genannt, eine bessere wirtschaftliche Lage oder auch zwischenmenschliche Konflikte.

Bei einer dritten Gruppe von Patienten stand die alkoholische Euphorie im Vordergrund. Diese Patienten waren natürlich nicht so mitteilsam wie etwa die aus Gruppe eins, wenn man sie jedoch bezüglich ihres Alkoholgenusses fragte, gaben sie bereitwillig Auskunft; sie gaben ohne weiteres zu, daß sie etwa 20 - 25 Biere am Tag getrunken hätten, sahen aber auch nichts Schlimmes daran. Sie erzählten von "Zechtouren", nicht ohne etwas wehmütig daran zurückzudenken. Auch sahen sie teilweise ihren Alkoholismus ein, hielten ihn aber für kein besonders großes Unglück. Bei ihnen stimmte auch angeblich zuhause und im Beruf meist alles, und sie freuten sich schon darauf, bald wieder entlassen zu werden. Sie wollten natürlich nach Klinikentlassung wieder Alkohol trinken, jedoch "in Grenzen".

Diese euphorischen Patienten stellen jedoch keinen homogenen Typus dar, sie setzen sich vielmehr aus verschiedenen Typen zusammen; einige erschienen verhältnismäßig mitteilsam und ehrlich, bei anderen wurde die Euphorie mit den bekannten Mitteln des Mißtrauens und der Lüge geschützt.

Was die Frage nach einer Mengensteigerung anbelangt, so sind hier die zu finden, die entweder aus Gewohnheit die Menge gesteigert hatten, oder die dies aus einer besseren wirtschaftlichen Lage heraus getan haben wollen.

"Man hat halt mehr verdient als vorher", "man hat sich mehr leisten können", das sind Antworten, die man von solchen Patienten bekommt.

Aber auch solche, die bei der Bundeswehr zum Trinken verführt wurden, oder jene, die, nicht ohne wehmütiges Lächeln, das gesellige Beisammensein im Gasthaus

als Ursache angaben, sind in dieser Gruppe zu finden.

Eine nächste Gruppe von Patienten kann man mehr oder weniger als Summe einer Reihe von Alkoholikern betrachten, die den anderen Gruppen nicht eindeutig zuzuordnen sind. Sie sind weder besonders mitteilsam, noch stark euphorisch, noch auffallend mißtrauisch oder gar lügnerisch und verstockt. Man kann sie eigentlich als "unauffällig" bezeichnen. Diese Patienten waren "normal mitteilsam". Sie beantworteten alle Fragen so gut es ging, natürlich nicht ohne den Versuch, die Tatsachen etwas zu beschönigen, das heißt, sie sagten zum Beispiel wieviel sie getrunken hatten, vergaßen jedoch nicht, sofort eine Entschuldigung dafür hinzuzufügen. Bei anderen wieder war dieser Hang zu Entschuldigungen nicht zu finden. Die Ehrlichkeit dieser Patienten war zwar nicht in vollem Umfange ernstzunehmen, aber im großen und ganzen hatte man das Gefühl, daß die Angaben der Wahrheit nahe kamen. Diese Kranken zeigten sich auch hinsichtlich ihrer Sucht einsichtig, oft jedoch nicht ohne mit der Antwort, die ihnen offensichtlich peinlich war, eine Weile zu zögern. Teilweise waren sich diese Patienten aber auch ihrer Sucht nicht bewußt; sie gaben zwar zu, viel beziehungsweise zu viel, getrunken zu haben, hielten das jedoch nicht für eine Sucht.

Natürlich sind die hier beschriebenen Typen gewissermaßen "Idealfälle", die nicht immer in Reinform anzutreffen waren. Demzufolge muß man sich diese typologische Einteilung ähnlich einer konstitutionellen vorstellen, in der man höchstens einen Typus mit athletischen Zügen, einen Athletiker in Reinform aber äußerst selten, finden kann.

Wenn man versuchen wollte, diese "Typen" nach Schweregraden zu ordnen, so müßten die "Mitteilsamen" als die leichtesten Fälle betrachtet werden, da sie allesamt ihre Trunksucht einsahen, willig waren in bezug auf

gute Vorsätze und auch die nötige Intelligenz und Willenskraft zu haben schienen.

An zweiter Stelle wären dann die "unauffälligen" Trinker zu nennen, die ebenfalls genaue Angaben über ihre Sucht machten und diese auch zum Teil einsahen.

Weit ungünstiger erscheint eine Prognose bei den hauptsächlich "euphorischen" und natürlich auch bei den "scheuen" und "mißtrauischen" Patienten. Sie sind schon so weit, daß sie zum Großteil ihre Sucht nicht mehr lassen wollen, beziehungsweise lassen können. Die alkoholische Wesensänderung hat die ursprüngliche Persönlichkeit verändert und gestattet ein kritisches Beurteilen der Situation nicht mehr, und die alkoholische Euphorie läßt eine freie Willensentscheidung nicht mehr zu.

Die schwersten Fälle sind natürlich zweifelsohne die Patienten, die über Alkohol und Alkoholgenuß keine Auskunft geben wollten, da sie keine "Trinker" seien.

IV. DISKUSSION UND INTERPRETATION DER ERGEBNISSE

1. Allgemeine soziologische Daten

Wir untersuchten 50 Patienten, 45 Männer und 5 Frauen. 3 Kranke waren 25 Jahre und jünger. Die Geschlechtsverteilung der Alkoholiker wird in der Literatur des öfteren erwähnt. Was den Frauenalkoholismus anbelangt, so machte er nach HOLZGREVES Daten 12 - 15 % der Alkoholiker aus, JANZ führt Zahlen von 18 - 20 % an, und von den Patienten FEUERLEINS und KUNSTMANNs waren sogar 28 % Frauen.

Die Zunahme des Frauenalkoholismus wird in der Literatur häufig erwähnt. BOCHNIK, BURCHARD und DIECK führen dies auf die vielfältigen Nivellierungstendenzen zwischen den Geschlechtern zurück.

Die jugendlichen Alkoholiker unter den von uns untersuchten Patienten machten 6 % aus, ähnlich den Ergebnissen von FEUERLEIN und KUNSTMANN, welche 5 % Jugendliche unter ihren Patienten hatten. JANZ und HOLZGREVE hingegen geben etwas höhere Zahlen an, nämlich zwischen 8 und 9 %.

Der Familienstand unserer Patienten regt ebenfalls zu einem Vergleich mit den statistischen Ergebnissen von FEUERLEIN und KUNSTMANN an. 22 % unserer Patienten waren ledig, gegenüber 29 % der konsiliarisch untersuchten Münchner Patienten. Verheiratet waren jedoch bei diesen Kranken nur 41 % (darin sind auch die getrennt lebenden Paare mit eingeschlossen) im Gegensatz zu unseren mit 64 % Verheirateten. Allerdings lebten nur 12 % unserer Patienten in Scheidung oder waren verwitwet, gegenüber 25 % derer FEUERLEINS und KUNSTMANNs.

Beim Vergleich beider Ergebnisse fällt einmal der Unterschied bei den verheirateten Patienten, zum anderen der beträchtliche Unterschied bei den Ge-

schiedenen und Verwitweten auf.

Vergleichen wir nun unsere eigenen Ergebnisse mit der Zusammensetzung der Erwerbspersonen, so wie sie das statistische Jahrbuch für die Bundesrepublik, Jahrgang 1973, für den April 1971 angibt, so zeigt sich, daß der Prozentsatz der Verheirateten beziehungsweise Ledigen unter unseren Patienten in etwa der normalen Zusammensetzung der Erwerbspersonen entspricht. Lediglich die Zahl der Verwitweten und Geschiedenen ist mit 12 % der Patienten gegenüber 5,9 % der Erwerbspersonen doppelt so groß. Somit hat FEUERLEIN offenbar recht, wenn er sagt: "Auch die Dauerhaftigkeit der Ehen ist bei Alkoholikern wesentlich geringer als bei der Durchschnittsbevölkerung, das heißt, die Scheidungsrate der Alkoholikerehen liegt wesentlich höher als bei Ehen von Nichtalkoholikern." Zu dieser neutralen Feststellung FEUERLEINS zeichnet sich nach den Untersuchungen BACONS ab, daß der Alkoholismus nicht die Ursache, sondern eher Ergebnis dieses Umstandes sei. Unsere Befragungen konnten diese Feststellung nicht bestätigen, sondern zeigten vielmehr das Gegenteil. Von den 50 untersuchten Patienten waren 9 einmal geschieden, einer mehrere Male. Bei nur einem Patienten entwickelte sich nach der Ehescheidung der Übergang zu größeren Trinkmengen. Aus der Motivation des Patienten zu schließen, war jedoch der Alkohol als das "Ersatzmittel" für die Ehe zu finden. Der Alkoholismus ergab sich einmal aus der Tatsache, daß der Patient zum Essen das Gasthaus aufsuchen mußte, zum anderen "trieben" ihn dann auch "Langeweile" und "Einsamkeit" dorthin. Bei der überwiegenden Anzahl der Patienten jedoch, war der Alkoholismus schon vor der Scheidung gegeben und hat sicherlich wesentlich zu dieser beigetragen.

Betrachten wir nun den Familienzyklus unserer Patienten bei der ersten Mengensteigerung, so fallen uns zwei Zahlen ins Auge: nämlich einmal die große Anzahl

der Ledigen, die bei den Eltern lebten (17) und die Zahl der Verheirateten, die minderjährige Kinder hatten (14). Hier ist eine Betrachtung nach mehreren Gesichtspunkten notwendig. Während 17 Patienten ledig waren und zuhause wohnten, lebten nur 6 Ledige alleine. Man könnte nun sagen, daß die Jugendlichen, die zuhause wohnen, mehr gefährdet sind als andere. Natürlich ist das nicht richtig. Es ist vielmehr so, daß heutzutage die meisten Jugendlichen bis zur Heirat zuhause bei den Eltern wohnen, und nur wenige das Elternhaus verlassen. Folglich muß auch deren Anteil unter den Alkoholikern geringer sein. Bei den Jugendlichen spielen sicher andere, vom Familienzyklus nicht so sehr abhängige, Faktoren eine Rolle, wie wir an anderer Stelle noch sehen werden. Aus diesen Überlegungen heraus wäre es nicht richtig, bei dieser Patientengruppe aus dem Familienzyklus Schlüsse für die erste Mengensteigerung zu ziehen.

Anders verhält es sich mit der großen Anzahl derer, die verheiratet waren und minderjährige Kinder hatten. Natürlich ist es auch hier so, daß die Zahl der jungen Eheleute mit kleinen Kindern gegenüber solchen überwiegt, die keine Kinder haben; und nur wenige verheiratete Patienten steigerten so spät die Menge, daß die Kinder schon teilweise oder gar ganz aus dem Hause waren; andererseits fragt man sich, warum diese Patienten die Menge nicht schon als Ledige gesteigert hatten. BLEULER weist hier auf Eheschließungen ohne Liebesfähigkeit und auf Ehekrisen hin, und sicherlich spielte dies bei unseren Patienten mit eine Rolle. Aber auch kleine Kinder können nochmals ein Risikofaktor sein und der Anlaß dafür, daß ein etwas "nervöser" Vater Ruhe und natürlich auch Vergnügen im Wirtshaus sucht. Wenn wir dies berücksichtigen, so erklärt sich auch vielleicht die Zahl derer, die, wie wir gesehen haben, nach dem 30. Lebensjahr die Menge gesteigert haben.

Interessant ist ein Vergleich der Stellungen im Beruf bei Erhebungsbeginn mit Zahlen aus dem Statistischen Jahrbuch der Bundesrepublik von 1973. Danach waren 1971 (Zahlen von 1972 liegen noch nicht vor) 10,2 % der Erwerbspersonen selbständig tätig, 5,6 % Beamte, 31,2 % Angestellte und 46,7 % Arbeiter; 0,8 % schließlich waren arbeitslos. Wenn FEUERLEIN schreibt, daß der Alkoholkonsum auf alle Bevölkerungsschichten ziemlich gleichmäßig verteilt ist, (was nach seinen Ausführungen aber nur für Männer gilt) so trifft dies bestimmt nicht für den Alkonolismus zu.

Während Beamte und Angestellte zusammen im April 1971 36,8 % der Erwerbstätigen ausmachten, war bei unseren Patienten gar kein Beamter vertreten und nur 12 % Angestellte. Diese wiederum waren alle, bis auf einen, höhere Angestellte in führenden Positionen der Wirtschaft. Die Freiberuflichen waren bei uns ungefähr ihrem Anteil an der Zahl der Erwerbstätigen entsprechend vertreten, ebenso wie die Arbeiter.

Eine große Diskrepanz ergibt sich bei der Betrachtung der Arbeitslosen: 1971 waren dies nur 0,8 % der Erwerbspersonen, bei unseren Patienten machten sie 10 % aus und bei den konsiliarisch untersuchten Patienten von FEUERLEIN und KUNSTMANN sogar 19 %. Bei diesen Patienten hat der chronische Alkoholkonsum also schon zu erheblichen sozialen Schäden geführt. Wenn wir die relativ große Anzahl (8) derer betrachten, die wegen Erkrankung vorzeitig in den Ruhestand traten, so werden wir an die Bemerkung von JANZ erinnert: "Eine erhebliche Zahl chronischer Alkoholiker scheidet durch Folgekrankheiten oder Unfälle aus dem Arbeitsprozeß aus und fällt als Frührentner den Versicherungsträgern zur Last." Inwieweit der Alkohol bei unseren Patienten eine Rolle spielte, konnte nicht eruiert werden, jedoch dürfen wir sicherlich gewisse Zusammenhänge vermuten.

Bei 18 von 50 Patienten hatte sich bei Erhebungsbeginn bereits ein sozialer Abstieg im Vergleich zur Stellung bei der ersten Mengensteigerung ergeben. Eingeschlossen ist hierin die Zahl derer, die wegen Erkrankung in den vorzeitigen Ruhestand getreten waren; denn, vorzeitigen Ruhestand darf man ohne weiteres als sozialen Abstieg betrachten. Erschreckend stark beweist sich hiermit das dritte BLEULER'SCHE Kriterium des Alkoholismus, nämlich die sozialen Schädigungen. Allerdings gelang auch einigen Patienten ein sozialer Aufstieg, ein Hinweis vielleicht darauf, daß bei diesen Patienten die Sucht noch nicht so weit fortgeschritten ist.

Unsere Patienten beteiligten sich auch rege am Leben der Sekundärgruppen, speziell am Vereinsleben. Dies steht im Widerspruch zu den Feststellungen BACONS, der sagt, daß Alkoholiker schlecht fähig sind, sich in Primär- oder auch Sekundärgruppen einzuordnen. Für die Primärgruppen mag dies, gemessen an der Zahl der Ehescheidungen, zutreffen. Was die Sekundärgruppen anbelangt, scheint diese Behauptung BACONS bei Betrachtung der Vereinstätigkeit und zum Teil auch bei Betrachtung der Motivationen für eine Mengensteigerung, in welchen die Patienten die Liebe zum geselligen Leben mitbeschuldigten, nicht in vollem Umfange zuzutreffen. Es wäre eher ein Begriff WIESERS, der von einem "sozialen Mangelwesen" spricht, angebracht; denn wenn auch bei vielen das Leben in der Primärgruppe gestört erschien, so waren unsere Patienten doch zum großen Teil rege am Leben der Sekundärgruppen beteiligt.

2. "Alkoholismus-Anamnese"

Für den ersten Alkoholrausch zeigt sich ein Altersgipfel bei Jugendlichen von 16 bis 18 Jahren. Die Hintergründe dieses Umstandes lassen sich aus der gesellschaftlichen Stellung der Jugendlichen erklären. Mit dem 14. oder dem 15. Lebensjahr schließen viele Schüler die Schule ab und treten ins Berufsleben ein. Damit beginnt für sie ein neuer Lebensabschnitt mit neuen Rechten und Pflichten. Ein solches, wenn auch ungeschriebenes, Recht ist in unserer Kultur, die wir ja, wie FEUERLEIN erwähnt, zum Teil zu den "permisiven" Kulturen zu rechnen haben, der Genuß von Alkohol in der Öffentlichkeit. Der junge Mensch wird nun täglich, in der Freizeit und auch am Arbeitsplatz, mit dem Alkohol konfrontiert, und er mißt schließlich auch seine Widerstandskraft gegenüber der Droge Alkohol, was dann natürlich mit einer akuten Intoxikation, dem Rausch, endet. Das 16. und das 18. Lebensjahr sind gewissermaßen Stufen im Werden und Reifen der "gesellschaftlichen" Persönlichkeit, der in diesen beiden Altersstufen gewisse Rechte und Freiheiten (Rauchen, Führerschein, Wahlrecht) zugestanden werden. Zu diesen "Rechten" gehört auch das eines Alkoholrausches, und niemand wird einem jungen Menschen, wenn dies nicht zu oft passiert, wegen eines "Schwipses" ernsthaft böse sein. Daß nur zwei Patienten ihren ersten Rausch mit 30 und mehr Jahren hatten, ist nun leicht verständlich, da eben dieses "Sich-Messen" mit dem Alkohol normalerweise schon früher dazu führt. Nach dieser ersten "Tuchföhlung" mit dem Alkohol erfolgte bei unseren Patienten der regelmäßige Alkoholgenuß mit einer mehr oder weniger kontinuierlichen Verteilung zwischen dem 14. und dem 25. Lebensjahr. Noch später begannen nur 5 Patienten mit dem regelmäßigen Alkoholgenuß. Das ist verständlich, denn man

darf annehmen, daß mit dieser Altersstufe bei den meisten Menschen eine gewisse Persönlichkeitsentwicklung abgeschlossen ist; gewisse Lebensgewohnheiten wurden ausgebildet, eine individuelle Werteinteilung getroffen und sicherlich auch bei den meisten Menschen dem Alkohol eine gewisse Stellung innerhalb dieser Werte zugebilligt; diese "Bewertung" führte eben bei unseren Patienten zu einem mehr oder weniger regelmäßigen Alkoholgenuß. Wenn wir die erste Mengensteigerung als "Einstieg" zum Alkoholismus betrachten, so ergibt sich für diesen interessanterweise der Medianwert im 25. Lebensjahr, mit großer Streubreite nach unten und oben. Die Lebensalter sind natürlich stark verquickt mit dem jeweiligen Familienzyklus; und die hier in Frage kommenden Faktoren, die eine Mengensteigerung bedingen könnten, wurden schon genannt. Auffallend und erschreckend ist jedoch, daß dieser Einstieg zum Alkoholismus noch bis in "höhere" Altersstufen (14 Patienten wollen die Dosis noch zwischen dem 31. und dem 45. Lebensjahr gesteigert haben) sich vollziehen kann.

Vergleichszahlen in der Literatur konnten für diesen, wie für den nächsten Punkt, der ebenfalls äußerst interessant erscheint, nicht gefunden werden. Wir errechneten hier den Zeitraum vom Beginn des regelmäßigen Alkoholgenusses bis zur ersten Mengensteigerung. Wie man daraus ersah, bedurfte es noch einiger Zeit, ehe sich (nach Angabe der Patienten) ein "Abrutschen" (BATTEGAY) zu den größeren Mengen ergab. Der errechnete Medianwert für diese "Latenzzeit" ergab 5 Jahre. Als Anregung für eine Alkoholismustherapie wäre es vielleicht ein neuer Gesichtspunkt, "zukünftige" Alkoholiker in dieser "Latenzzeit" zu erfassen und "prophylaktisch" zu therapieren.

Nach dieser Mengensteigerung änderten sich bei vielen Patienten die Trinkgewohnheiten. Hier werden wir an einen Satz von ROMMENEY erinnert, nach dem der Mensch

mit der zunehmenden Dauer des Alkoholgenusses andere Lebensgewohnheiten ausbildet; diesen Satz könnte man fortführen: "Sowie auch andere Trinkgewohnheiten".

Nach der Mengensteigerung nahm nämlich die Zahl der Patienten, die Schnaps und Wein tranken, zu, das heißt, es entwickelte sich ein Trend, neben Bier auch noch "härtere" Sachen zu konsumieren. Bier allein genügte nicht mehr, dem gesteigerten Verlangen nach Alkohol nachzukommen, die erwünschte euphorische Wirkung wurde mit Schnaps viel schneller erreicht.

Bemerkenswert ist auch die Zunahme der Alkoholräusche nach der Mengensteigerung. Während vorher 42 Patienten nicht jede Woche betrunken gewesen sein wollen, waren es nachher nur noch 29. Es kam zu einer deutlichen Vermehrung der wöchentlichen Rauschzustände, und zwei Patienten gaben an, nach der Mengensteigerung jeden Tag betrunken gewesen zu sein.

Wenn wir diese Tatsachen zusammenfassend betrachten, so müssen wir aber dennoch BLEULER rechtgeben, wenn er sagt, daß die Menge des genossenen Alkohols oder die Zahl der Räusche für eine Diagnose keine Rolle spielen. Das wird uns klar, wenn wir gewisse "Wein-Länder" und auch einige "Bier-Länder" betrachten, wo nach Berichten der WHO von 1954 eine Art Alkoholismus vorherrscht, bei welcher der Süchtige nicht die Fähigkeit verliert, seine Alkoholaufnahme zu regulieren, andererseits aber auch nicht fähig ist, abstinert zu leben. FEUERLEIN nennt Frankreich, wo "rauscharmes Gewohnheitstrinken" vorherrscht, als Beispiel. Den Gegensatz dazu stellt eine Trinkform dar, mit welcher der Verlust der Selbstkontrolle, den JELLINEK als Kriterium der Alkoholkrankheit beschrieb, einhergeht. Ein Großteil unserer Patienten (29) gehört anscheinend zu den "rauscharmen Gewohnheitstrinkern". Allerdings verloren auch 10 Patienten mindestens einmal und fast ebenso viele zweimal pro Woche die Selbstkontrolle und gaben sich dem Rausche hin.

Sehr interessant und aufschlußreich waren die einzelnen Motivationen, welche die Patienten für ihre erste Mengensteigerung angaben. Wir konnten die Patienten nach verschiedenen Gesichtspunkten in bestimmte Gruppen einteilen.

Die erste Gruppe der Kranken gab an, daß sich ihre Mengensteigerung ohne besonderen Anlaß allmählich aus dem Gewohnheitstrinken heraus ergeben habe. Es wäre aber falsch, nun etwa anzunehmen, daß es sich bei diesen Patienten, da sie keine Begründung angeben konnten, um kritiklose oder unintelligente Personen handle. Wir müssen vielmehr fragen, ob diese nicht ehrlicher waren als andere, die eine bunte Palette von Begründungen anführten, die sie, mit der Neigung des Alkoholikers zu Erklärungen und Ausreden, schnell zusammensuchten. Bei diesen Patienten vollzog sich die Dosissteigerung, die ja als eines der Zeichen der Sucht gilt, evolutionär, ohne daß es dem Patienten eigentlich bewußt wurde. "Ohne Anlaß, aus Gewohnheit", oder "man kam halt auf den Geschmack", sind typische Antworten solcher Patienten.

Die meisten Patienten gaben aber für ihre erste Mengensteigerung bestimmte Begründungen ab. Bei einer relativ großen Zahl, nämlich 9, soll der Beruf eine entscheidende Rolle gespielt haben.

Diese Patienten wirken zum Großteil glaubhaft, besonders, wenn man ihre Angaben mit diesbezüglichen Äußerungen in der Literatur vergleicht. So weisen JANZ, wie auch BATTEGAY und RAUCHFLEISCH und FEUERLEIN, auf die berufliche Gefährdung bei Gastwirten, Brauereiarbeitern, Kellnern, Bau- und Straßenarbeitern, Reisenden und anderen hin. JANZ erwähnt die Notwendigkeit einer beruflichen Umschulung, um solche Patienten zu retten.

Wir können die Hinweise in der Literatur bestätigen, denn zu unseren beruflich belasteten Patienten gehörten auch ein Kellner, ein Brauer und ein Patient, der in einer Schokoladenfabrik "Füllungen" abschmecken mußte und so

süchtig wurde. Von diesen drei Patienten, bei denen der Beruf selbst die Ursache zu sein schien, möchten wir die anderen abgrenzen, bei denen "Bedingungen und Umstände am Arbeitsplatz", das heißt, "heiße, staubige Luft", "zeitliche Unruhe", "berufliche Überlastungserscheinungen mit dem Bedürfnis nach Entspannung", "beruflicher Streß in Verbindung mit dem schon morgendlichen Alkoholgenuß der Kollegen" und "ungünstige Arbeitsbedingungen in Verbindung mit einem höheren Lebensstandard" eine Rolle spielten.

Bau- und Straßenarbeiter wurden in der Literatur stellvertretend und exemplarisch für eine Reihe von Berufen genannt, bei denen wie das Handwerkszeug auch der Alkoholgenuß dazugehört, der dann, wenn er zur Sucht geführt hat, teilweise mit ungünstigen Arbeitsbedingungen motiviert wird.

"Beruflichen Streß" und "Überlastungserscheinungen" wollen wir an anderer Stelle diskutieren. Interessant ist die Angabe eines Patienten, der den schon morgendlichen Alkoholgenuß der Kollegen am Arbeitsplatz in seiner neuen, höheren Stellung als Mitursache zur Mengensteigerung anführt. ROMMENEY weist in diesem Zusammenhang auf Lebensberichte von straffällig gewordenen Gewohnheitstrinkern hin, die jahrelang auf Wohlbefinden verzichteten und Gesundheitsstörungen geduldig ertrugen, nur weil sie sich verpflichtet fühlten, den Trinksitten ihres beruflichen Kollektivs zu entsprechen. Diese Betrachtung kann man auch übertragen auf die gesellschaftliche Ebene, wo bei Einladungen Alkohol (zum Beispiel als Aperitif) zur Etikette und zum Anstand gehört.

Das Problem des "berufsgebundenen" oder "berufsbedingten" Alkoholismus kann man aber auch von einer ganz anderen Seite betrachten. FEUERLEIN bemerkt, daß manche Alkoholiker absichtlich alkoholnahe Berufe wählen, um dort leichter an das begehrte Suchtmittel zu kommen. JÄHNIG und SZEWCZYK wiederum sehen das Problem aus einer

anderen Perspektive. Sie betrachten gewisse Berufe, wie etwa den Brauerberuf, ungelernte Bauberufe, Transportarbeiterberufe, alles Berufe also, die wenig Qualifizierung verlangen, als Sammelbecken oder Pool für einerseits "qualifikationsunwillige Dissoziale", die zum erheblichen Teil Trinker sind, andererseits für "qualifikationsunfähige" Schwachsinnige, die nun durch erstere zum Alkohol verführt werden. Diese Betrachtung von JÄHNIG und SZEWCZYK verdient besonderes Augenmerk und bringt offenbar viel Licht in das "Dunkel" des berufsbedingten Alkoholismus.

Eine sicherlich nicht unerhebliche Rolle spielt aber hier die Mentalität des "einfachen" Volkes, das, wie unsere Untersuchung zeigte, zu einem großen Prozentsatz der Ansicht ist, daß Bier "flüssiges Brot" sei, und daß man, wenn man schwer arbeite, auch Bier trinken müsse. Eingefügt sei hier eine Episode, die sich in einer oberpfälzischen Industriestadt abspielte und die Problematik dieses Themas des berufsgebundenen oder berufsbedingten Alkoholismus aufzeigen soll: die Arbeiter des Eisenwerkes dieser Kleinstadt konnten bis dato während der Arbeitszeit Bier trinken, soviel sie wollten. Nun beschlossen aber die Führungskräfte, den Alkoholgenuß wegen der hohen Unfallgefahr bis auf einen Liter Bier pro Schicht zu begrenzen. Dies führte zu aufrührerlicher Stimmung unter den Arbeitern, und die gesamte Bevölkerung, auch die Frauen, war empört über solche "unmenschlichen" Bestimmungen.

Eine andere Gruppe von Patienten führt ihren erhöhten Alkoholgenuß auf eine bessere wirtschaftliche Lage zurück. Dazu gesellen sich auch zwei aus der vorhergehenden Gruppe, die neben ungünstigen Arbeitsbedingungen einer besseren Finanzlage die Schuld gaben. Diese Gruppe splittert sich nun wiederum auf in eine Anzahl, die schon nach Abschluß der Lehre aufgrund ihres größeren Verdienstes die Menge steigerten und in solche, bei denen Beförderungen oder besser bezahlte Arbeitsplätze eine ursächliche Rolle

spielten.

Interessant sind vor allem die Jugendlichen, die nach Abschluß der Lehre süchtig wurden. Eingangs wurde schon auf den Jugendalkoholismus hingewiesen, der von den verschiedenen Autoren (HOLZGREVE, JANZ, FEUERLEIN und KUNSTMANN) in Prozenten angegeben wurde.

BLEULER sieht eine Gefahr im Verlassen des Elternhauses, wenn der Jugendliche kein Heim erwerben kann und nur im Wirtshaus Gemütlichkeit findet. Das mag sicherlich früher eine Rolle gespielt haben, heute ist es aber im großen und ganzen doch wohl so, daß normalerweise die Jugendlichen bis zur Heirat im Elternhause bleiben. Gegen diese Aussage BLEULERS spricht auch die große Anzahl (17) unserer ledigen Patienten, die dem Alkohol verfielen, während sie noch zuhause bei den Eltern wohnten. Differenzen mit dem Elternhaus könnte man als mögliche Ursache angeben, bei unseren Patienten wurde dies jedoch nur, neben einer Anzahl anderer Gründe, von einer Person genannt. Man könnte aber auch als Beispiel für die Aussage BLEULERS die Studenten betrachten, die weit weg von zuhause am Studienort ein Zimmer haben, das vielleicht auch noch ungemütlich ist. Sicherlich liegen aber einem "studentischen" Alkoholismus andere Ursachen, wie etwa die Zugehörigkeit zu Korporationen, das Pflegen des studentischen Lebens mit einer gewissen Trinkfestigkeit, zugrunde.

BATTEGAY und RAUCHFLEISCH wiederum sehen die Ursache in unserer modernen Zeit, in der die Heranwachsenden nicht mehr so behütet aufwachsen, den Belastungen der Gesellschaft ausgesetzt werden und damit überfordert sind. Was diese Deutungen von BATTEGAY und RAUCHFLEISCH anbelangt, so möchten wir ihnen zustimmen und sie gemäß unseren Ergebnissen ausdrücken. Die Jugendlichen wachsen vor allem insofern nicht mehr behütet auf, als sie mehr Rechte und Freiheiten haben als früher und vor allem mehr Geld, das ihnen zur Gestaltung ihrer Freizeit zur Verfügung steht.

Sie wissen natürlich nicht, was sie mit dem Geld alles anfangen sollen, und was liegt da näher, als es für billige Vergnügungen auszugeben?

Wenn wir die Gruppe als Ganzes sehen, also zu den Jugendlichen auch noch die anderen Patienten, die rein aus besseren wirtschaftlichen Verhältnissen heraus mehr tranken, dazunehmen, so ist das mit 9 von 50 Patienten ein beträchtlicher Anteil. Wenn FEUERLEIN einen "Freizeitalkoholismus", wozu er auch den neueren "Fernsehalkoholismus" rechnet, betont, so möchten wir parallel dazu einen "Wohlstandsalkoholismus" behaupten, dessen einzige Begründung in einer besseren wirtschaftlichen Lage liegt.

Eine nicht zu übersehende kausale Bedeutung scheint die Militärzeit zu haben. Drei Patienten führten sie als Ursache für ihre Mengensteigerung an. Hier scheint die FEUERLEIN'SCHE Charakterisierung eines Alkoholikertyps angebracht: "Andere Alkoholiker suchen nicht die Daseinsform des Rausches, sondern wollen durch den Genuß von Alkohol in spielerischer Herausforderung ihre eigene Standfestigkeit gegenüber seinen pharmakologischen Wirkungen erproben und ihre Männlichkeit und Gesundheit unter Beweis stellen." Das trifft hier sicherlich den Kern der Sache, nämlich, daß man unter Kameraden die Männlichkeit, Kraft und Gesundheit durch "Trinkfestigkeit" unter Beweis stellen will: ein noch immer in verschiedenen sozialen Bereichen sehr lebendiges Relikt falsch verstandener Männlichkeit.

Weitere ursächliche Erklärungen unserer Patienten betreffen die Geselligkeit bei Kollegen im Gasthaus und im Bekanntenkreise, durch die man zum Alkoholtrinken animiert werde. Daß diese Erklärungsversuche einer kritischen Betrachtung nicht standhalten können, ist selbstverständlich. Es verhält sich ja nicht so, daß man die Geselligkeit im Gasthaus oder beim Bekanntenkreise zuhause suchte, woraus sich dann ein Alkoholismus entwickelte, sondern es liegt hier eher ein Zusammentreffen von "Gleich-

gesinnten" vor, bei denen der Alkohol das "Medium" ist, das alle zusammenhält. Auf den von FEUERLEIN beschriebenen Freizeitalkoholismus, dem er eine beträchtliche Rolle für die Zunahme des Alkoholverbrauchs in Deutschland in den letzten 15 Jahren zuschreibt, wurde oben schon hingewiesen. Weiterhin sind aber sicherlich die "in unserem Kulturbereich beinahe unantastbaren Trinksitten" im gesellschaftlichen Bereich, wie sie BATTEGAY und RAUCH-FLEISCH bezeichnen, zu erwähnen: dies wurde bei einer Patientin deutlich, die durch den Verlobten einen größeren Bekanntenkreis bekam: "Man ging öfter fort, Parties wurden gehalten, und so gewöhnte man sich eine gewisse Alkoholmenge an."

BATTEGAY und RAUCHFLEISCH, wie auch BLEULER, führen aktuelle Lebenssituationen, die zur Entstehung des Alkoholismus führen können, an: Spannungen in der Familie, Vereinsamung infolge Ledigseins, Scheidung, Verwitwung.

Demgemäß fanden wir eine große Anzahl Patienten, deren Mengensteigerung zu einem bedeutenden Teil durch "zwischenmenschliche Konflikte", sowohl in der Familie als auch in der Verwandtschaft, verursacht wurde. Auch die BLEULER'SCHE "Vereinsamung" wurde in zwei der Fälle, einmal nach Scheidung und einmal nach Verwitwung, gefunden.

Was die Scheidung betrifft, so scheint es aber, wie aus den soziologischen Daten unserer geschiedenen Patienten hervorging, doch in der Regel so zu sein, daß der Alkoholismus der Scheidung vorausgeht und zumindest eine Mitursache dieser darstellt.

Eine weitere Gruppe von Patienten trank, um mit dem Alkohol Schmerzen oder Schlaflosigkeit zu bekämpfen. Wenn man ihren Begründungen Glauben schenken will, so ist bei ihnen die Sucht noch nicht allzu weit vorangeschritten, und man könnte sie zu den Alpha-Trinkern JELLINEKS, den Konflikt-, beziehungsweise Erleichterungstrinkern mit gewisser psychischer Abhängigkeit, rechnen. Bei diesen Pa-

tienten, sowie bei jenen mit "seelischen Konflikten", aber auch bei solchen mit beruflichen Streß- und Überlastungserscheinungen wurde eine psychoanalytische Deutung des Problems angeboten. "Spannungen", die sich bei den Patienten durch verschiedene Umstände ergeben, können mit Alkohol behoben werden; aus der Spannungsreduktion ergebe sich ein erwünschtes Lustgefühl, das, wie WIESER aufzeigt, Merkmale eines oralen Charakters trage. Dementsprechend führten auch BATTEGAY und RAUCH-FLEISCH aufgrund eigener Untersuchungen den Alkoholismus eines Teils ihrer Patienten aus "broken-home"-Familien auf ungenügend befriedigte "orale" Bedürfnisse zurück.

Auf eine "innere Leere", die auch von FEUERLEIN, in Verbindung mit einer anthropologischen Betrachtung der Sucht beschrieben wurde, machte ein Patient aufmerksam. Diese "innere Leere" kann aber auch Leitsymptom einer endogenen Depression sein, wie BAUER und andere (1973) postulierten.

Eine Reihe von Patienten gab vielerlei verschiedene Gründe, die nicht in einen wechselseitigen Zusammenhang zu bringen waren, und von denen auch keiner besonders zu dominieren schien, an. Die Begründungen dieser Patienten sind wohl vorwiegend gesucht und allein der von BLEULER beschriebenen Fähigkeit zu Ausreden zuzuschreiben, durch die sie dem Untersuchenden ihren Alkoholismus erklären und sich gewissermaßen entschuldigen und entlasten wollten.

Ein weiterer Patient ist nach JELLINEK als Epsilon-Trinker zu bezeichnen. Epsilon-Trinker sind episodische Trinker mit episodischem Kontrollverlust. Diesen Umstand fanden wir bei dem Patienten vor, wenn er schilderte, daß er nach oft wochenlanger relativer Abstinenz plötzlich in mehrtägige Gelage verfiel. Interessant ist, daß er für diese "Gelage" nicht unbedingt bestimmte Gründe brauchte, wenn auch im allgemeinen dysphorische Verstimmungszustän-

de, durch irgendeinen äußeren Umstand hervorgerufen, als Anlaß angegeben wurden.

Bei zwei Patienten war die alkoholische Wesensänderung, mit dem nach BLEULER so charakteristischen Mißtrauen, schon so weit fortgeschritten, daß sie ihren Alkoholismus abstritten. Diese Patienten sind natürlich als prognostisch äußerst ungünstige Fälle zu betrachten, da die alkoholische Wesensänderung oder das "Anders-Sein", wie es ROMMENEY bezeichnet, sich der ursprünglichen Persönlichkeit wahrscheinlich schon irreversibel aufgepfropft hat und dem Patienten keine Einsicht in seine Sucht mehr gestattet.

Rückblickend war es natürlich den meisten Patienten nicht mehr möglich, zu sagen, warum sie an der höheren Alkoholmenge festgehalten hatten. Vier Patienten gaben auch Abstinenzerscheinungen bei zu geringen Alkoholmengen als Grund für das Beibehalten der größeren Mengen an. Und hier erinnern wir uns an die Hypothese KALANTS, nach der im Vermeiden dieser Abstinenzsymptome das Verlangen zum Weitertrinken des Alkoholikers teilweise begründet sein dürfte. Diese Hypothese findet auch in der Aussage "teilweise" ihre Bestätigung, nämlich darin, daß nicht bei allen Alkoholikern (wie wir aus einer genaueren Analyse der Abstinenzsymptome sahen, war die Zahl der Patienten, die solche verspürten, größer) die Symptome als Grund für ein Festhalten an der höheren Menge in Frage kamen.

Eine große Anzahl von Patienten will auch "reaktiv" auf die ungünstigen Umgebungsfaktoren das Trinken beibehalten haben. Eine Analogie zum "reaktiven" Trinker von SIMMEL wäre denkbar; bei diesem Trinkertyp wird das "Ich" durch Alkohol gegen die äußeren Belastungen abgeschirmt. Es ist aber auch denkbar, daß diese Begründungen aus einem gewissen "Exkulpierungsdrang" heraus genannt wurden.

Nach der Mengensteigerung gaben 10 Patienten zu, ihren Alkoholgenuß weder vermindert noch abgesetzt zu haben,

während der Rest dies bejahte.

Wenn wir nun versuchen, diese 10 Patienten näher zu betrachten, so drängt sich ein Vergleich mit dem "rauscharmen Gewohnheitstrinker", den FEUERLEIN für Frankreich als typisch charakterisiert, auf. Wie es speziell bei diesen 10 Patienten in bezug auf Rauschzustände aussah, wurde jedoch nicht festgestellt. Auf jeden Fall aber trifft für diese die Bezeichnung, die der Fachausschuß für Alkohol und Alkoholismus der WHO 1954 als "Unfähigkeit, mit dem Trinken aufzuhören", wie sie in "Weinländern" und in einigen "Bierländern" vorkommt, zu. Es wäre jedoch falsch, den Rest der Patienten in bezug auf die Trinkgewohnheiten von den 10 absetzen zu wollen; denn häufig wurde mit dem Trinken nur aus gesundheitlichen Gründen für ein paar Tage ausgesetzt. Weiterhin, was bedeutet es schon, wenn innerhalb von Jahren ein paar Tage lang wenig oder gar nicht getrunken wurde? Dennoch aber zeigt dieser Punkt, daß von unseren Patienten mehr oder weniger erfolgreiche Versuche unternommen wurden, dem Alkohol zu entsagen. Diese Versuche demonstrieren die verzweifelten, aussichtslosen Bemühungen des Süchtigen, der sich sehr wohl seiner Krankheit bewußt ist (wenn er es uns auch nicht immer zugegeben hat), diesem Elend zu entrinnen. Deutlich wurde dies bei den Begründungen für eine solche Mengenverminderung.

Für die Anzahl der alkoholfreien oder alkoholfreien Tage konnten allerdings nur "ungefähre Durchschnittswerte" von den Patienten ermittelt werden. Inwieweit natürlich diese Zahlenangaben der Wahrheit entsprechen, sei dahingestellt. Ein Teil hielt es nur bis zu 5 Tagen mit wenig oder ohne Alkohol aus, ein etwas größerer bis zu 15 Tagen. 5 Patienten wollen es länger als 100 Tage ohne Alkohol ausgehalten haben; hier können wir dann schon von einem echten Rückfall sprechen.

Äußerst aufschlußreich sind die Begründungen für diese zeitweiligen Mengenverminderungen, wobei die Alkohol-

unverträglichkeit an erster Stelle genannt wird. Interessant ist dieser Umstand deswegen, weil nach JELLINEK die Verringerung der Alkoholtoleranz ein Kriterium der vierten und letzten Phase des Alkoholismus, der sogenannten "chronischen Phase", ist. Die 9 Patienten, die den Zustand "seelisch" nicht mehr ertragen konnten, sind eher in das Stadium drei nach JELLINEK einzuordnen, wo sogar von "weinerlichen Zerknirschungen" gesprochen wird. Acht "reaktive" Trinker nannten das Wegfallen von äußeren Umständen als Ursache, und vier Patienten tranken aus finanziellen Schwierigkeiten weniger. Nochmals bestätigt wird hier der oben schon gefundene wirtschaftliche Faktor, der also eine nicht unerhebliche Bedeutung hat.

Die Dauer der Totalabstinenz nach Klinikentlassung und der Zeitraum bis zur Rückfälligkeit regen bei den 15 schon wegen Alkoholismus stationär behandelten Patienten zu einem Vergleich mit JANZ an, der sagt, daß das Rückfallsrisiko im ersten Halbjahr nach der Entlassung aus der stationären Behandlung besonders groß zu sein pflegt.

Wir fanden, daß in den ersten 90 Tagen nach Klinikentlassung schon 11 der 15 Patienten wieder Alkohol tranken, und 7, das heißt fast die Hälfte, waren schon wieder zu den größeren Mengen rückfällig geworden. Nach 220 Tagen, das sind ungefähr 7 Monate, waren bereits 11 der 15 Patienten wieder "aktive" Alkoholiker. Somit können wir diese Aussage von JANZ nicht nur bestätigen, sondern zugleich noch weiter differenzieren und nach unseren Ergebnissen ausrichten. Wir fanden, daß die höchste Quote der Rückfälligkeit, mit der Hälfte der Patienten, in den ersten beiden Monaten nach der Entlassung lag, zum anderen fand im Zeitraum von einem Vierteljahr bis etwas über einem Jahr eine mehr oder weniger kontinuierliche Rückfälligkeit fast der gesamten zweiten Hälfte der Patienten statt. Drei der Patienten wurden nach mehr als einem Jahr wieder zu den größeren Mengen rück-

fällig; hier müssen wir an die Möglichkeit eines "chronischen Abstinenzsyndroms" im Sinne KRYSPIN-EINERS und ZAPOTOCZKYS als Ursache denken. Dieses bildet sich häufig nach emotionalen oder physischen Belastungen in Form von Verstimmungszuständen und vegetativen Beschwerden aus und kann nach Jahren vollkommener Abstinenz zum Rückfall führen.

Die Begründungen für die erneute Rückfälligkeit unterscheiden sich nicht wesentlich von solchen für eine erste Mengensteigerung und verdienen keine nähere Betrachtung.

Interessant sind die Einflüsse der Primär- und Sekundärgruppen auf das Trinkverhalten. Bei 17 Patienten wurde im Elternhause regelmäßig Alkohol getrunken, und 12 wollen das Trinken vom Vater gesehen und übernommen haben. Somit zeigte sich eine Parallele zu den Feststellungen von JÄHNIG und SZEWCZYK, welche die Trinkgewohnheiten der Eltern für in mehreren Beziehungen einflußreich auf das Trinkverhalten von Jugendlichen fanden. JÄHNIG und SZEWCZYK stellten fest, daß die Einstellung zum übermäßigen Alkoholgenuß als ein Normverhalten von den Eltern übernommen wurde und, daß vor allem der Vater teilweise in der frühen Kindheit "Verführer in Richtung einer Entwicklung zum Alkoholismus" gewesen ist. Ebenso weist FEUERLEIN auf die Eltern als Bilder von Trinkgewohnheiten hin.

Deutlich wird auch der Einfluß der Trinkgewohnheiten der Sekundärgruppen, wenn 38 Patienten betonen, daß die Berufskollegen auch "kräftig" getrunken haben.

Die Ansicht, daß Bier flüssiges Brot sei, ist offensichtlich weit verbreitet. Dies ist eine in Bayern allgemein bekannte Redewendung, und ein Patient erklärte, daß dies früher ein Ausspruch der "Hausbrauer" gewesen sei. Wie lebendig auch heute noch diese Meinung unter der Bevölkerung ist, wurde oben schon anhand einer kleinen Episode gezeigt. Nun ist es aber so, daß an den meisten Dingen ein Fünkchen Wahrheit ist. Der Nährwert des

Bieres, vor allem des dunklen Bieres, das, als dieser Spruch entstand, sicher das gängige war, ist unumstritten. Natürlich bezieht sich das auf kleine Mengen, und man kann damit nicht übermäßigen Alkoholgenuß und schon gar nicht Alkoholismus motivieren, wie das bei unseren Patienten zum Teil geschehen ist.

Eine ebenso typische Erklärung für das Trinken während der Arbeitszeit ist die "heiße, staubige, trockene Luft", weswegen man viel Alkohol habe trinken müssen. 27 Patienten führten dies als Begründung an. Man fragt sich aber, warum diese Patienten nichts anderes getrunken haben, um ihren Durst zu löschen. Hier schließt sich dann der Kreis wieder; denn "Bier ist flüssiges Brot, und wenn man schwer arbeitet, muß man auch Bier trinken." Daß nur bei 24 Patienten die Verwandten Alkohol getrunken haben, stimmt natürlich auch nicht. Hier hatte man bei einigen deutlich erkennen können, daß sie mit der mißtrauischen Haltung des Alkoholikers irgendeine Gefahr witterten, etwa in der Art, daß durch den Alkoholgenuß der Verwandtschaft ihr eigener Alkoholismus aufgedeckt würde. Es zeigte sich hier deutlich, daß viele Patienten einen "normalen" Alkoholgenuß nicht kennen und ihn sofort mit "Alkoholismus" gleichsetzen.

Bemerkenswerte Ergebnisse zeigten sich auch für das Trinken während der Arbeitszeit. Die Häufigkeit hierfür stieg, bei insgesamt 43 Patienten, von 25 vor der Mengensteigerung auf 33 nach der Mengensteigerung an. Dieser Umstand sollte doch zu denken geben, vor allem in Hinblick auf die von WIESER erwähnten Schädigungen der Wirtschaft durch den Alkoholismus. Mit einem einfachen Alkoholverbot und einer "Alkoholkontrolle" wäre dies sicherlich in den Griff zu bekommen. Das würde natürlich bei der Mentalität der arbeitenden Bevölkerung auf die heftigsten Widerstände stoßen und ist deshalb nur fiktiv.

Die tageszeitliche Verteilung des Trinkens vor und nach der Mengensteigerung zeigt, daß nach der Mengensteigerung die Tendenz dahin ging, daß früher am Tage, das heißt, schon morgens, mit dem Trinken begonnen wurde. Dies geschah nun wiederum meist während der Arbeitszeit. Nur wenige Patienten gaben an, nach der Mengensteigerung erst abends mit dem Alkoholgenuß begonnen zu haben. Dieses morgendliche Trinken, das BLEULER schon als notwendiges Mittel der Patienten, um das lästige Zittern loszuwerden, beschrieb, war sicherlich in großem Umfange auch bei unseren Patienten aus genanntem Grunde notwendig. Der Tremor, den BLEULER als "gleichmäßig und fein" bezeichnet, wurde bei 31 unserer Patienten bemerkt. Und so wird klar, daß er nicht zu Unrecht zu den "häufigsten und für den Alkoholismus am meisten bezeichnenden Körpersymptomen" (BLEULER) gerechnet wird.

Eine große Anzahl von Patienten zeigte auch die für die "Prodromalphase" nach JELLINEK typischen "alkoholischen Palimpseste". Diese Palimpseste treten aber nach den Berichten der WHO aus dem Jahre 1954 in Frankreich und, ganz allgemein, in Weinbauländern erst in sehr späten Stadien des Alkoholismus auf, während sie anfangs als Ausnahmen zu betrachten sind.

19 Patienten gaben an, daß ihre Verträglichkeit in letzter Zeit geringer geworden sei, ein Zeichen also für das "Sensibilisierungsstadium" (LANGEN). 10 Patienten, das ist ein Fünftel der Befragten, konnte bereits ein Delir nachweisen. Das ist speziell bei den Kranken der Universitäts-Nervenklinik mit hauptsächlich schweren Fällen keine Besonderheit.

"Schuldgefühle" als Zeichen der Auseinandersetzung der Patienten mit ihrer Sucht konnten wir ebenfalls feststellen und wir möchten auf BLEULER hinweisen, der bei den psychischen Beschwerden ebenfalls das schlechte Gewissen den Angehörigen und der Tradition gegenüber erwähnt.

Was das Verhalten und Empfinden unter Alkoholeinfluß betrifft, so ist die Tatsache interessant, daß das "Stimmungsbarometer" bei vielen Patienten nach oben hin, in Richtung gehobener Laune und Unterhaltsamkeit, aus-
schlag, bei anderen das jedoch nur anfänglich geschah und dann ins Gegenteil umschlag; die genaue Anzahl derer geht leider aus unseren Ergebnissen nicht hervor. Die gehobene Stimmung und Laune, die, wie ROMMENY sagt, mit einer "Auflockerung" und "Enthemmung" der Persönlichkeit einhergeht und als "Lustgewinn" empfunden wird, wie auch die anschließende Passivität, können mehrere Ursachen haben.

Ähnliche Beobachtungen mögen vielleicht auch die frühere Forschung zu der Annahme verleitet haben, daß die anfängliche Wirkung des Alkohols auf das Zentralnervensystem eine erregende sei, die dann allmählich in Lähmung der nervösen Strukturen übergehe. Heute ist man der Ansicht, daß die alleinige Wirkung auf das Nervensystem eine hemmende ist. Die anfängliche scheinbare Erregung jedoch bezeichnet STEINBRECHER als eine "Hemmung hemmender Systeme". Man könnte aber auch die verschiedenen Stimmungstendenzen mit der verschiedenen Art der genossenen Alkoholika erklären mit Bezugnahme auf die Studie von TAKALA, PIHKANEN und MARKKANEN, wonach die aggressiven Äußerungen auf den Genuß von hochprozentigen Getränken zurückzuführen sind, die Passivität auf den Genuß von Bier. BLEULER beschreibt die Affektlabilität als kennzeichnend für den Alkoholiker in "bestimmten Stadien der Berauschtigkeit". Damit ist das Auftreten von Eifersucht, Streitsucht, Jähzorn und Aufbrausen vielleicht zu erklären, was aber wiederum auf die oben schon genannte "Enthemmung der Persönlichkeit" zurückgeht.

Die körperliche Abhängigkeit als Zeichen der Sucht wurde gemäß den von der WHO 1954 beschriebenen Symptomen gefunden. Die WHO unterscheidet bei den Entziehungssymptomen

zwischen solchen, die nach relativ kurzen Perioden schweren Trinkens entstehen und solchen, die sich nach einer längeren Periode sehr schweren Trinkens zeigen. Als Beispiel für die erste Gruppe wurde bei unseren Patienten das Zittern gefunden, in der Häufigkeit gefolgt von Kopfschmerzen, Schwächegefühlen, Übelkeit und Durchfällen. Bei 2 Patienten zeigten sich, entsprechend der zweiten Gruppe der von der WHO zusammengestellten Abstinenzsymptome, Halluzinationen und Krampfanfälle mit Bewußtlosigkeit.

Vier Patienten, und die lassen sich nicht in das Schema der WHO einordnen, gaben vorwiegend Angst bei der Abstinenz von Alkohol als Mißempfindung an. Die Angst jedoch und auch die körperlichen Mißempfindungen sind, wie STEINBRECHER annimmt, auf die dorso-medialen Thalamuskern zurückzuführen. Diese Mißempfindungen und Ängste sollen bei Alkoholikern durch "Äthanolwirkung" auf die dorso-medialen Thalamuskern aufgehoben werden. Es wurde versucht, die "seelische Abhängigkeit", die nach Angaben der WHO eine "pathologische Begierde" nach Alkohol erzeugt, in vier Intensitätsgrade einzuteilen. Als Ausdruck dieser seelischen Abhängigkeit verwendeten wir die Bezeichnung "Denken an Alkohol" (was etwa der von der WHO genannten "Begierde" entspricht).

Die meisten Patienten gaben Intensitätsgrad zwei an, wobei das "Denken an Alkohol" leicht zu ertragen war. Für 15 (von 36) war diese psychische Belastung sehr groß, so daß schließlich 8 deswegen wieder zu trinken angingen.

Aus diesen häufig gefundenen körperlichen und seelischen Entziehungssymptomen läßt sich somit sehr leicht, wie dies auch KALANT schon annahm, deren Bedeutung für das "Nichtaufhörenkönnen" des Alkoholikers erklären; und wenn man das, ebenfalls schon erwähnte, von KRYSPIN-EXNER und ZAPOTOCZKY beschriebene, chronische Abstinenzsyndrom in die Betrachtungen einbezieht, so hat man wesentliche

Faktoren für die hohe Rückfallsquote der Alkoholiker.

"Die größte Gefahr für den Gewohnheitstrinker besteht darin, daß er nicht rechtzeitig erkennt, wann er von seinen Gewohnheiten abhängig geworden ist." Zu dieser Feststellung von ROMMENEY ist die Zahl unserer Patienten (31), die nicht einsahen, daß ihr Alkoholismus eine Sucht und Krankheit ist, erschreckend hoch. Liegt hier eine "Unehrllichkeit" der Patienten vor, die sich schämen, ihren Alkoholismus zu bekennen, oder eine alkoholisch geschwächte Urteilskraft, wie sie ROMMENEY beschreibt, oder sind die Patienten "ahnungslos" hinsichtlich ihrer Sucht? Das wird nun im Nachhinein nicht mehr zu erforschen sein. Sicherlich aber sind alle 3 Faktoren bei den Angaben unserer Patienten beteiligt. Letztgenannte "Ahnungslosigkeit" konnte, wenn auch nicht oft, doch festgestellt werden, und sie ist sicher auf die schon diskutierte Einstellung gegenüber Alkohol, speziell Bier ("Bier ist flüssiges Brot") zurückzuführen.

Erfreulich ist jedoch auch, daß 11 Patienten sich ihrer Sucht bewußt waren und auch die Notwendigkeit der Behandlung einsahen; ein für den weiteren Verlauf prognostisch günstiger Faktor. Wenn man das Einsehen der Sucht in Bezug zur Dauer des Klinikaufenthalts setzt, so zeigt sich eindeutig eine dahingehende Tendenz, daß mit zunehmender Dauer des Klinikaufenthalts die Einsicht der Patienten, daß ihr Alkoholismus eine Sucht und Krankheit ist, die man behandeln muß, zunimmt. Dies kann als erfreuliches Zeichen und als Bestätigung der angewandten Therapie gelten, die in ihrer zweiten Phase (nach der intensiv-medikamentösen Behandlung) eine körperliche Wiederherstellung der Patienten durch Gruppengymnastik und Beschäftigungstherapie mit dem Ziel der anschließenden "geistigen" Gesundung anstrebt.

Die letzten Fragen der Alkoholismus-Anamnese waren auf den beabsichtigten zukünftigen Alkoholgenuß und auf Vorsätze bezüglich des eigenen Wesens und der allgemeinen

Lebenssituation nach dem Klinikaufenthalt gerichtet.

Eine große Anzahl Patienten nahm sich vor, nie mehr Alkohol zu trinken, ebenso wollten sich viele Patienten von Grund auf ändern oder wenigstens versuchen, ihre "Schwächen und Fehler" nicht mehr aufkommen zu lassen; auch hinsichtlich ihrer allgemeinen Situation zeigten viele gute Vorsätze; bei letzterem Punkt sahen allerdings auch sehr viele (22) keine Möglichkeit, bestehende Verhältnisse zu bessern. Das sind, zusammenfassend betrachtet, sicherlich mehr oder weniger ernst gemeinte Vorsätze, die uns unsere Patienten auch recht glaubhaft vortrugen. Sie erscheinen uns aber doch etwas zwielichtig, wenn wir BLEULER zitieren: "Sie glauben, alles für ihre Familie tun zu wollen, können die schönste Reue zeigen und noch schönere Versprechen machen. Wer sie nicht genau kennt, muß ihnen glauben, denn sie glauben selber an ihre Aufrichtigkeit. Aber mit der ersten Änderung der äußeren Situation macht auch das schöne Gefühl einem beliebigen anderen Platz, das nun ebenso echt ist und ebenso den ganzen Menschen in Beschlag nimmt".

Diese bezüglich einer Prognose sehr pessimistische Äußerung BLEULERS wird jedoch leider durch die hohe Rückfälligkeit beim Alkoholismus bestätigt. Prognostisch ungünstiger sind natürlich die Patienten zu bewerten, die dem Alkoholgenuß nicht entsagen wollen. Sie wollen "in Grenzen" trinken. Wer sich intensiv mit der Alkoholismus-Literatur beschäftigt hat, findet bei jedem Therapievorschlag als Grundbedingung, ohne die überhaupt keine Hoffnung auf Erfolg besteht, absolute Alkoholkarenz. Damit sind natürlich die guten Vorsätze dieser Patienten schon von vornherein zum Scheitern verurteilt.

4 Kranke dagegen zeigten keinerlei Anstalten, ihren Alkoholgenuß zu verringern, 10 sahen auch nicht ein, warum sie sich ändern sollten und hielten es nicht für notwendig, etwas anders zu machen als vor dem Klinikaufenthalt. Eine Aussicht auf Behandlungserfolg scheint, zu-

mindest zu diesem Zeitpunkt, hier nicht gegeben.

3. Befunde

Vierzehn der Patienten erschienen etwas schlampig und zwei mehr oder weniger verwahrlost. Dieser Umstand läßt bei diesen Personen auf die beginnende oder fortgeschrittene "alkoholische Wesensänderung" schließen, die mit einer allgemeinen Vernachlässigung von Pflichten einhergeht und uns rein äußerlich schon auf ein gewisses Stadium der Krankheit schließen läßt. Man könnte natürlich auch sagen, Alkoholiker sind von Natur aus "schlampig". Gegen diesen Umstand spricht aber die normale bis gepflegte Erscheinung beim überwiegenden Teil der Patienten.

Die Aufnahmediagnosen zeigten einen großen Anteil von schweren Komplikationen des Alkoholismus, wie Delirien (mit und ohne Krampfanfällen), Praedelirien und Polyneuropathien, so daß von den 50 Patienten nur 23 als "einfache chronische" Alkoholiker geführt wurden.

Dieser Umstand, und darauf wurde schon hingewiesen, ist lediglich darauf zurückzuführen, daß von der Universitäts-Nervenklinik hauptsächlich schwere Fälle zur stationären Behandlung aufgenommen werden. Auf solche Umstände, die in Statistiken berücksichtigt werden müssen, weist schon WIESER in seinen Sammelreferaten in Verbindung mit der Aufnahme von Deliranten an Kliniken hin.

Bei der körperlichen Aufnahmeuntersuchung fand sich als häufigstes körperliches Anzeichen der Fingertremor, gefolgt von lebhaften Reflexen. Somit können wir die Aussagen BLEULERS bestätigen, der den Fingertremor zu den häufigsten körperlichen Symptomen zählt.

Die psychische Aufnahmeuntersuchung brachte der Schwere der Komplikationen entsprechende Ergebnisse von Bewußtseinsstrübung, Bewußtlosigkeit, psychomotorischer Unruhe,

optischen und akustischen Halluzinationen, wie sie für metalkoholische Psychosen typisch sind.

Die Persönlichkeitsbilder der Kranken, die wir herauskristallisieren konnten, regen zu einem Vergleich mit mehreren Autoren an. Bei unseren Patienten fiel besonders die Willensschwäche auf, gefolgt von Stimmungs labilität, Selbstunsicherheit, depressiven Zügen und Zeichen von Unbeherrschtheit, auch Abnormitäten im Sinne von asthenischen Zügen konnten wir beobachten. Weiterhin stellten wir eine alkoholisch-euphorische Grundstimmung, Kritiklosigkeit und Unehrlichkeit fest.

BLEULER schreibt, daß die wichtigste Veränderung der Gefühle des Alkoholikers deren Labilität ist, weiterhin nennt er noch die Willensschwäche, die, ebenso wie "asthenische Persönlichkeitszüge" und "Stimmungs- und Affektlabilität", 1951 von MÖLLER und 1965 von WUNNENBERG herausgestellt wurde. Was "Euphorie", "Kritiklosigkeit" und "Unehrlichkeit" betrifft, so fanden wir eine Bestätigung wesentlicher Züge der "alkoholischen Wesensänderung". Ähnliche Ergebnisse zeigen die Erhebungen von BATTEGAY an 122 Alkoholkranken, wobei willensschwache, primitive, reizbare, explosible und verstimmbare Psychopathen überwogen. Deutliche Schäden hinsichtlich ihrer sozialen Stellung zeigten sich bereits bei 40 Patienten. Dieses dritte Kriterium, das nach BLEULER als Zeichen für einen Alkoholiker gilt, war in leichter und schwerer Form zu beobachten. BLEULER beschreibt bei den sozialen Schädigungen vor allem die "Vergiftung" des Familienlebens. In unseren Untersuchungen bezieht sich das Schlagwort "familiäre Gefährdung" auf eine etwaige Scheidung, was, wenn schon vollzogen, wir dann mit "familiär gescheitert" bezeichneten. Auf die große Anzahl geschiedener Alkoholiker und die Ergebnisse BACONS hierüber wurde schon hingewiesen.

Doch in doppelter Hinsicht wichtiger als die familiäre Gefährdung ist die berufliche, die sich ebenfalls

aus der allgemeinen Vernachlässigung aufgrund des "Anders-Seins" ergibt und dann natürlich sekundär zu einer familiären Gefährdung führt. Eine große Anzahl unserer Patienten (24) erwies sich als beruflich gefährdet, so daß sie nach dem Klinikaufenthalt entweder um ihren Arbeitsplatz fürchten mußten, oder dieser doch, auf längere Sicht gesehen, durch ihre Trunkenheit nicht gesichert war; und 9 Patienten waren beruflich schon gescheitert, das heißt, sie hatten durch ihren übermäßigen Alkoholgenuß entweder ihren Arbeitsplatz verloren oder waren in ihrer Stellung gesunken. Wenn wir dieses dritte Kriterium des Alkoholismus, das der sozialen Schädigungen, das bei unseren Patienten so häufig anzutreffen war, etwas genauer betrachten, so trägt es vor allem dazu bei, das Bild des "Säufers" und "Trunkenboldes", der sich und seine Familie vernachlässigt, zu prägen. Durch dieses Kriterium hebt er sich im Sinne eines "Parasozialen" deutlich von der übrigen Gemeinschaft ab; und nur daraus ist die allgemein vorherrschende Meinung über einen Alkoholiker mit der Distanzstellung der Umwelt, die ihn als Außenseiter betrachtet, zu erklären. Hier bewahrheitet sich WIESERS Satz vom "sozialen Mangelwesen", und so sind vielleicht auch die Ergebnisse von BACON zu verstehen, daß sich der Alkoholiker auch schlecht Sekundärgruppen einzuordnen vermag: Der Alkoholiker wird, wenn er von der Umwelt als solcher erkannt ist, von ihr ignoriert oder ausgestoßen und in eine defensive, schuldbehaftete, "parasoziale" Stellung gedrängt.

4. Typologische Aspekte

In einer sowohl Patienten wie auch Ergebnisse der Befragungen überblickenden Rückschau wurde versucht, eine für unsere Kranken zutreffende Typologisierung zu vollziehen. Dieser Versuch der Herauskrystalli-

sierung von Wesenszügen regt zu einem Vergleich mit der Typenbezeichnung und dem Verlauf der Krankheit nach JELLINEK sowie der "alkoholischen Wesensänderung" an.

Die erste Gruppe unserer Patienten waren die "Mitteilsamen" und mit Beredsamkeit Ausgestatteten. Intelligenzmäßig beschrieben wir sie als ziemlich hochstehend, was uns als prognostisch günstiges Zeichen erschien. Sie könnte man am ehesten dem Alpha-Typ von JELLINEK gleichsetzen, dem Konflikt- beziehungsweise Erleichterungstrinker mit gewisser psychischer Abhängigkeit. Als Krankheitsstadien kommen von der Motivation für eine Mengensteigerung Phase eins, nämlich die sogenannte "präalkoholische Phase" oder Phase zwei, die "Prodromalphase" in Frage. Da eine Mengensteigerung schon gegeben war, dürften sie in Stadium zwei einzuordnen sein. Die "alkoholische Wesensänderung" zeigte sich bei diesen Patienten nur in der, eben für sie charakteristischen, unnatürlichen Mitteilbarkeit und dem übersprudelnden Redefluß.

Wir fanden auch das absolute Gegenteil zu dieser Gruppe der "Mitteilsamen": so wollten zwei Patienten keine Angaben machen und stritten übermäßigen Alkoholgenuß und Alkoholismus ab. Hier liegt natürlich eine sehr schwere Form der psychischen Änderung vor, bei der das "Mißtrauen" keinen Zugang zur ursprünglichen Persönlichkeit mehr gestattete. Diese Patienten stehen sicherlich schon im Endstadium, der "chronischen Phase".

Die dritte Gruppe war die der scheuen, mißtrauischen und lügnerischen Patienten. Alle diese Attribute entsprechen den von BLEULER beschriebenen psychischen Auswirkungen des Alkohols. Auch die "Verteidigungsstellung" den Nichtalkoholikern gegenüber konnten wir beobachten.

Bei einer anderen Gruppe stand die "alkoholische Euphorie" im Vordergrund. Diese alkoholische Euphorie jedoch erschien bei den meisten Patienten wiederum nicht als alleiniges Zeichen einer Persönlichkeitsveränderung. Bei diesen Patienten hatte man eher das Gefühl, daß die

Euphorie sich zu den verschiedenen, mehr oder weniger stark ausgeprägten, anderen psychischen Störungen, die oben schon erwähnt wurden, gesellte und, entsprechend ihrer starken Ausbildung, das Persönlichkeitsbild bestimmte.

Bei einer letzten Gruppe, die wir als "unauffällig" bezeichneten, war eine tiefgreifende Persönlichkeitsveränderung (wie natürlich auch bei der ersten Gruppe) noch nicht festzustellen. Deshalb ist es vielleicht auch erklärlich, daß wir sie als die Summe einer Reihe von Alkoholikern betrachteten, die den anderen Gruppen nicht eindeutig zuzuordnen waren. Bei ihnen dominierten die individuellen Persönlichkeiten noch deutlich, und die Ausbildung einer "alkoholischen Persönlichkeit" im Sinne JELLINEKS war noch nicht gegeben. Es zeigten sich lediglich verschiedene leichte Anzeichen dafür.

Je nachdem welcher Teil einer Wesensänderung besonders deutlich der ursprünglichen Persönlichkeit "aufgepropft" war, so zeigten sich, unseren oben beschriebenen Beobachtungen gemäß, auch verschiedene "alkoholische Persönlichkeiten". Natürlich, und darauf wurde schon hingewiesen, kann man Patienten nicht immer eindeutig einer Gruppe zuordnen, da sich oft mehrere Züge gleichzeitig und auch gleich stark zeigen, so daß diese Typologisierung eher als eine "idealisierte Zuordnung" etwa im Sinne einer "konstitutionellen" Typenbezeichnung zu verstehen ist.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Untersuchung wurde an 50 alkoholkranken Patienten durchgeführt. 45 davon waren Männer, und 5 Frauen.

Zunächst wurden allgemeine soziologische Daten ermittelt. Dabei fiel auf, daß die Zahl der Geschiedenen und Verwitweten etwa doppelt so groß war wie deren Anteil an den Erwerbspersonen im April 1971. Die Ergebnisse BACONS, daß der Alkoholismus nicht Ursache, sondern eher ein Resultat der Scheidung ist, konnten nicht bestätigt werden, sondern das Gegenteil wurde gefunden: von 10 schon einmal geschiedenen Patienten hatte nur einer nach der Scheidung mit dem Übergang zu größeren Alkoholmengen begonnen. Was die Berufe der Patienten anbelangt, so waren sowohl Selbständige als auch Arbeiter etwa ihrem Anteil an den Erwerbspersonen vom April 1971 entsprechend vertreten; es befand sich kein Beamter und nur ein "kleinerer" Angestellter unter unseren Patienten.

Ein Altersgipfel für den ersten Alkoholrausch zeigte sich bei Jugendlichen von 16 bis 18 Jahren, was mit der Veränderung der gesellschaftlichen Stellung, die in diesem Alter erfolgt, erklärt wurde. Regelmäßiger Alkoholgenuß hatte sich bei den meisten Patienten bis etwa zum 25. Lebensjahr manifestiert, parallel zum Abschluß der Persönlichkeitsentwicklung. Für die erste Mengensteigerung ergab sich der Medianwert ebenfalls im 25. Lebensjahr, mit großer Streubreite nach oben und unten. Der Median des Zeitraums vom Beginn des regelmäßigen Alkoholgenusses bis zur ersten Mengensteigerung ergab 5 Jahre "Latenzzeit".

Nach der Mengensteigerung änderten die Patienten vielfach ihre Gewohnheiten, eine Übereinstimmung zu einer Feststellung ROMMENEYS: die Tendenz ging bei den genossenen Alkoholika zu den "härteren" Getränken hin, die Zahl der wöchentlichen Alkoholräusche nahm deut-

lich zu; ebenso wurde schon früher am Tage mit dem Trinken begonnen.

Bei den Begründungen für eine erste Mengensteigerung standen bessere wirtschaftliche Verhältnisse an erster Stelle, was uns parallel zum "Freizeitalkoholismus", den FEUERLEIN erwähnt, einen "Wohlstandsalkoholismus" postulieren ließ. Danach folgte die Mengensteigerung in Verbindung mit beruflichen Umständen, weiterhin das "Mehrtrinken" durch Bekanntenkreise und soziale Gruppen, aus zwischenmenschlichen Konfliktsituationen heraus, aber auch einfach aus Gewohnheit.

Was die Rückfälligkeit nach einem Klinikaufenthalt betrifft, so konnten wir die Aussage von JANZ diesbezüglich nicht nur bestätigen, sondern weiter differenzieren: die höchste Quote der Rückfälligkeit nach Klinikentlassung lag, mit der Hälfte der Patienten, in den beiden ersten Monaten, zum anderen fand im Zeitraum von einem Vierteljahr bis etwas über einem Jahr eine mehr oder weniger kontinuierliche Rückfälligkeit fast der gesamten zweiten Hälfte statt.

Der starke Einfluß des Elternhauses, vor allem des Vaters, auf das Trinkverhalten wurde, in Übereinstimmung mit JÄHNIG und SZEWCZYK, gefunden. Ebenso war ein deutlicher Einfluß der Sekundärgruppen, speziell der Berufskollegen, festzustellen; dem Berufsklima mit "heißer, staubiger Luft" wurde ebenfalls viel Schuld gegeben.

Als körperliche und psychische Auswirkungen des Alkohols wurden hauptsächlich Schuldgefühle, Gedächtnislücken, verminderte Alkoholtoleranz sowie das von BLEULER beschriebene morgendliche Zittern gefunden. Bei den Entziehungssymptomen wurde ebenfalls am häufigsten Zittern angegeben, gefolgt von Kopfschmerzen, Schwächegefühlen, Übelkeit und Durchfällen. Vier Patienten hatten Angst während der Alkoholabstinenz. Die "seelische" Abhängigkeit wurde in vier Intensitätsgrade eingeteilt. Sie war

für 15 (von 36) Patienten sehr groß, so daß 8 deswegen wieder tranken.

Die Beurteilung ihrer Krankheit zeigte bei den Patienten eine dahingehende Tendenz, daß mit der zunehmenden Dauer des Klinikaufenthalts das "Einsehen" ihrer Sucht zunahm. Dies wurde als Bestätigung der Therapie mit dem Ziel, über eine körperliche Wiederherstellung zur "geistigen" Gesundheit zu gelangen, gewertet.

Bei den Persönlichkeitsbildern fiel die Willensschwäche auf, ferner Stimmungs labilität, Selbstunsicherheit, depressive Züge und Zeichen von Unbeherrschtheit; asthetische Züge, euphorische Grundstimmung, Kritiklosigkeit und Unehrllichkeit wurden ebenfalls festgestellt.

40 von 48 Patienten zeigten deutliche soziale Schäden im Sinne von "familiären" oder "beruflichen" Defekten; somit konnte in großem Umfange das dritte Kriterium der von BLEULER gebrachten Definition des Alkoholismus bestätigt werden.

Eine rückblickende "Typologisierung" der Kranken ergab Gruppen von "Mitteilsamen", "Mißtrauischen" und "Lügnerischen" mit "Abwehrhaltung", "Euphorischen", "Unaufälligen" und solchen, die keine Auskunft über ihren Alkoholgenuß geben wollten; es zeigte sich hierin eine weitgehende Übereinstimmung mit der "alkoholischen Wesensänderung", wie sie BLEULER beschrieben hat.

Aus unseren Ergebnissen zeigt sich für die Praxis die Notwendigkeit, mehr als bisher auf die Motivationen des Patienten, die seine Sucht betreffen, einzugehen. Es ist erforderlich, genau die Motivationen für die erste Mengensteigerung zu erforschen; zeigt es sich, daß hierfür eine echte Ursache vorliegt, wie wir das bei einer Großzahl der Patienten gesehen haben, so gilt es, mit ärztlichem Rat dem Kranken zur Seite zu stehen.

Dazu muß man versuchen, unbedingt sein Vertrauen zu gewinnen und ihn, was natürlich außerordentlich schwierig und in manchen Fällen vielleicht unmöglich ist, aus sei-

ner Verteidigungsstellung einerseits und seiner oft hartnäckigen alkoholischen Euphorie andererseits herauszubekommen. Wenn dies gelingt, sollte man großen Wert darauf legen, dem Patienten die Schwere seiner Krankheit klarzumachen. Wie unsere Ergebnisse zeigten, waren sich viele Kranke ihrer Sucht nicht bewußt oder schoben die Erkenntnis darüber beiseite. Es ist jedoch im Rahmen der Therapie notwendig, daß der Patient beginnt, sich mit seiner Krankheit auseinanderzusetzen.

Der Arzt muß auch, jedenfalls bei uns in Bayern, die weitverbreitete Ansicht: "Bier ist flüssiges Brot" korrigieren. Schließlich muß dem Kranken die Notwendigkeit eines "absoluten" Alkoholverbots klargemacht und in diesem Zusammenhang auf die hohe Rückfälligkeit beim Alkoholismus hingewiesen werden. Ferner muß betont werden, daß schon ein Glas Bier oder Wein noch nach Jahren der Abstinenz zum Rückfall führen kann, und daß es für einen Alkoholiker keine andere Alternative als die "Totalabstinenz" gibt.

LITERATURVERZEICHNIS

- ALEXANDER, L.: Wernickes Disease: Identity of lesions produced experimentally by B₁ avitaminosis in pigeons with hemorrhagic polioencephalitis occurring in chronic alcoholism in man. *Amer. J. Path.* 16:61 (1940).
- AUGUSTINE, J.R.: Laboratory Studies in acute alcoholics. *Canad. Med. Ass.* 96:1367 (1967).
- BACON, S.D.: Alcoholism: A major social problem. *Publ. Welfare* 4:146 (1946).
- BACON, S.D.: Inetriety. *Social Integration and Marriage. Quart. J. Alcohol* 5:303 (1944).
- BACON, S.D.: Alcoholism and social isolation. In: Bell, M., ed., *Cooperation in Crime Control*. N.Y. National Probation Assoc. 1945.
- BACON, S.D.: Social settlings conductive to alcoholism. *J. Amer. Med. Ass.* 164:177 (1957).
- BATTEGAY, R.: Comparative investigations of the genesis of alcoholism and drug addiction. *Bulletin on Narcotics*. Vol. XIII, No. 2, April-June 1961.
- BATTEGAY, R. und RAUCHFLEISCH, U.: Pathogenese und Therapie des Alkoholismus. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin/Der Landarzt* 20:945 (1973).
- BAUER, M., BOSCH, G., HOFER, G., JANZ, H.-W., KISKER, K.P., KRÜGER, H., PETERSEN, P., PFLANZ, M., RICHARTZ, M. und ROSE, H.-K.; *Psychiatrie*, Thieme Verlag, Stuttgart 1973.
- BECKMANN, K.: Die Krankheiten der Leber und der Gallenwege. *Handbuch inn. Med.* III/2 Verdauungsorgane Springer, Berlin 1953.
- BENEDETTI, G.: Beispiel einer strukturanalytischen und pharmakodynamischen Untersuchung an einem Fall von Alkoholhalluzinose, Charakterneurose und psychoreaktiver Halluzinose. *Z. Psychother.* 1:177 (1951).
- BENEDETTI, G.: Alkoholhalluzinosen. Thieme, Stuttgart 1952.

BENOS, J.: Relevanzanalysen bei Alkoholdeliranten.

Die Medizinische Welt 24:811 (1973).

BENOS, J.: Über die Reversibilität der Alkoholpsychosen.

Die Medizinische Welt 22:1359 (1971).

BENOS, J.: Alkoholismus und Trinksitten (mit besonderer Berücksichtigung des Alkoholproblems in Griechenland).

Zeitschrift für Allgemeinmedizin/Der Landarzt

20:974 (1973).

Berichte des Unterausschusses für Alkoholismus im Fach-
ausschuß für Geistige Gesundheit und des Fachausschusses
für Alkohol der Weltgesundheitsorganisation.

In: HABERNOLL, A., Hrsg.: Das Problem des Alkoholismus

In: Schriftenreihe aus dem Gebiet des öffentlichen Ge-
sundheitswesens, Heft 3, Stuttgart 1956.

BILZ, R.: Das Belagerungserlebnis in der Alkoholhallu-
zinoze. Nervenarzt 27:402 (1956).

BILZ, R.: Trinker. Eine Untersuchung über das Erleben und
Verhalten von Alkoholhalluzinanten. Enke, Stuttgart 1959.

BILZ, R.: Psychotische Umwelt. Enke, Stuttgart 1962.

BIRD, B.: One aspect of causation in alcoholism. Quart.

J. Alcohol 9:532 (1949).

BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin, Heidelberg:
Springer 1966.

BOCHNIK, H.J., BURCHARD, J. und DIECK, C.: Alkoholmißbrauch
bei Frauen. Klinische Erfahrungen zwischen 1936 und
1957. Nervenarzt 30:433 (1959).

BOWMANN, K.M. and JELLINEK, E.M.: Alcoholic mental
disorders. Quart. J. Stud. Alcohol 2:312 (1941).

CONRAD, K.: Zur Psychopathologie des amnestischen Sympto-
menkomplexes. Gestaltanalyse einer Korsakow-Psychose.
Dtsch. Z. Nervenheilk. 170:35 (1953).

DUCHENE, H.: Les possibilites actuelles de traitement de
l'alcoolisme. Arch. Méd. Soc. (Paris) 5:225 (1949).

EWALD, G.: Zur Frage der Lokalisation des amnestischen
Symptomenkomplexes. Allg. Z. Psychiatr. 115:220 (1940).

- FEUERLEIN, W.: Ursachen des Alkoholismus. In: Alkoholismus, Bedingungen, Auswirkungen, Behandlung. Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren. 16:17 (1971).
Hoheneck-Verlag, Hamm/Westf.
- FEUERLEIN, W. und KUNSTMANN, G.: Die Häufigkeit des Alkoholismus. Münch. med. Wschr. 44:1991 (1973).
- GOLDFARB, A.J. and BERMAN, S.: Alcoholism as a psychosomatic disorder. Endocrine pathology of animals and man excessively exposed to alcohol; its possible relation to behavioral pathology. Quart. J. Alcohol 10:415 (1949).
- HASSLER, R.: Zur funktionellen Anatomie des limbischen Systems. Nervenarzt 35:386 (1964).
- HIRSCHMANN, J.: Zur Kriminologie der akuten Alkoholpsycho- sen. Kriminalbiologische Gegenwartsfragen, Mitteil. Kriminalbiol. Ges. Bd. XII, Enke, Stuttgart 1964.
- HOLZGREVE, W.: Alkoholismus - nach wie vor Suchtproblem Nr. 1. In: Alkoholismus, Bedingungen, Auswirkungen, Behandlung. Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren. 16:5 (1971). Hoheneck-Verlag, Hamm/Westf.
- HUSS, M.: Chronische Alkoholskrankheit, Stockholm und Leipzig 1852.
- ISBELL, H., FRASER, H.F., WIKLER, A. and BELLEVILLE, R.E.: An experimental study of the etiology of "rum fits" and delirium tremens. Quart. J. Alcohol 16:1 (1951).
- JACKSON, J.K.: The adjustment of the family to the crisis of alcoholism. Quart. J. Alcohol 15:562 (1954).
- JANZ, H.W.: Rehabilitation Alkoholkranker. Zeitschrift für Allgemeinmedizin/Der Landarzt 20:969 (1973).
- JÄHNIG, H.U. und SZEWCZYK, H.: Alkoholmißbrauch bei jugendlichen und heranwachsenden Straftätern. Psychiat., Neurol. und med. Psychol. 1:26 (1971).
- JOHNSON, R.B.: The alcohol withdrawal syndromes. Quart. J. Alcohol Suppl. 1:66 (1961).
- JELLINEK, E.M.: The disease concept of Alcoholism. New Haven, Hillhouse Press 1960.

- JELLINEK, E.M.: Heredity of the alcoholic. In: Alcohol Science and Society. New Haven: Quart. J. Stud.Alc. 6:105 (1945).
- KALANT, H.: The pharmacology of alcohol intoxication. Quart. J. Alcohol Suppl. 1:1 (1961).
- KNAPP, A.: Die epileptischen Verstimmungszustände, die Dipsomanie und das Epileptoid. Z. ärztl. Fortbildung 39:404 (1941).
- KNIGHT, R.P.: The psychodynamics of chronic alcoholism. J. Nerv. Ment. Dis. 86:538 (1937).
- KRYSPIN-EXNER, K. und ZAPOTOCZKY, H.G.: Zur Klinik und Therapie des chronischen Abstinenzsyndroms. In: KRYSPIN-EXNER, K. und OLTEANU, T. (Hrsg.): Klinik und Therapie des Alkoholismus. Verl. d. Wiener Med.Akademie, 1969.
- LANGE, J.: Allgemeine Psychiatrie, Leipzig 1927.
- LANGEN, D.: Psychotherapie. Thieme Verlag, Stuttgart 1973.
- LELBACH, W.K.: Dosis-Wirkungs-Beziehung bei Alkohol-Leberschäden. Dtsch. med. Wschr. 97:1435 (1972).
- MCCLEARN, G.E. and RODGERS, D.A.: Genetic factors in alcohol preference of laboratory mice. J. Comp. Physiol. Psychol. 54:116 (1961).
- MCCORD, W., MCCORD, J. and GUDEMAN, J.: Some current theories of alcoholism: A longitudinal evaluation. Quart. J. Alcohol 20:727 (1959).
- MEIKLEJOHN, A.P.: Is thiamin the antineuritic vitamin? New, Engl. J. Med. 223:265 (1940).
- MÖLLER, K.: Rauschgifte und Genußmittel. Karger, Basel 1951.
- MÜLLER-SUUR, H.: Beitrag zur Frage des Korsakow-Syndroms und zur Analyse der amnestisch-strukturellen Demenz. Arch. Psychiatr. 181 (1948), 6/8, 3.
- PARTANEN, J., BRUUN, K. and MARKKANEN, T.: Inheritance of Drinking Behavior; A Study on Intelligence, Personality and Use of Alcohol of Adult Twins. Finnish Foundation for Alcohol Studies. Helsinki 1966.

- RADO, S.: Psychoanalysis of pharmacothymia (Drug addiction).
Psychoanalyt. Quart. 2:1 (1933).
- RAKHALSKIJ, Y.E.: Ungewöhnliche Formen der Alkoholintoxi-
kation (russisch). Zh. Nevropat. 57:1229 (1957).
- RAUCHFLEISCH, U.: Vergleichend-experimentelle Untersuchung
zur Persönlichkeitsstruktur von Suchtkranken (Alkohol-
und Drogenabhängigen). Psychiat. Clin. 5:27 (1972).
- REMY, D.: Die internistischen Komplikationen des Alko-
lismus. Zeitschrift für Allgemeinmedizin/Der Landarzt
20:955 (1973).
- RICHTER, P.: Loss of appetite for alcohol and alcoholic
beverages produced in rats by treatment with thyroid
preparations. Endocrinology 59:472 (1956).
- ROMMENEY, G.: Rechtsmedizinische Auswirkungen des Alko-
holismus. In: Alkoholismus, Bedingungen, Auswirkungen,
Behandlung. Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahr-
en. 16:79 (1971).
- SIMMEL, E.: Alcoholism and addiction. Psychoanal. Quart.
(Albany) 17:6 (1948).
- SOLMS, W.: Zur Frage der Monomanien. II. Dipsomanie, Klepto-
manie, Pyromanie. Wien. Z. Nervenheilk. 11:165 (1955).
- Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Hrsg.: Statistisches Jahr-
buch für die Bundesrepublik Deutschland 1973. Kohlhammer
Verlag, Stuttgart und Mainz.
- STEINBRECHER, W.: Alkoholismus und Nervensystem. Zeit-
schrift für Allgemeinmedizin/Der Landarzt 20:959 (1973).
- TAKALA, M., PIHKANEN, T.A. and MARKKANEN, T.: The effect
of distilled and brewed beverages. The Finnish
Foundation for Alcohol Studies. Vol. 4. Suomalaisen
Kirjallisuuden Kirjapaino Oy, Helsinki 1957.
- VICTOR, M., TALLAND, G.A. and ADAMS, R.D.: Psychological
studies of Korsakoff's psychosis. I. General intellec-
tual functions. J. nerv. ment. Dis. 128:528 (1959).
- WALTON, J.N.: The Korsakow syndrome in spontaneous sub-
arachnoid haemorrhage. J. ment. Sci. 99:521 (1963).

- WIECK, H.H.: Lehrbuch der Psychiatrie. Schattauer, Stuttgart 1967.
- WIECK, H.H.: Zur klinischen Stellung des Durchgangssyndroms. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiatr. 88:409 (1961).
- WILLIAMS, R.J.: The etiology of alcoholism: A working hypothesis involving the interplay of hereditary and environmental factors. Quart. J. Alcohol 7:567 (1947).
- WIESER, St.: Psychische Überforderungsreaktionen. V. Zur Periodizität abnormer Erlebnisreaktionen. Arch. Psychiatr. 206:96 (1964).
- WIESER, St.: Alkoholismus 1940-1959. Fortschr. Neurol. Psychiat. 4:169 (1962).
- WIESER, St.: Alkoholismus II: Psychiatrische und Neurologische Komplikationen. Fortschr. Neurol. Psychiat. 7:349 (1965).
- WRIGHT, E.R. and HECKER, A.O.: Alcoholism, a need for diagnostic classification. Diseases. nerv. syst. 27:245 (1966).
- WUNNENBERG, W.: Zur Soziologie und Anthropologie der Sucht. Prax. Psychother. 10:172 (1965).
- ZARROW, M.X., ADDUS, H. and DENISON, M.: Failure of the endocrine system to influence the alcoholic drive in rats. Quart. J. Stud. Alc. 21:400 (1960).

Für die Überlassung des Themas bedanke ich mich bei Herrn Priv.-Doz. Dr. med. R. Baer; außerdem danke ich ihm für die Übernahme des Referates, sowie für die Unterstützung und Führung im Verlaufe der Arbeit.

Für die Übernahme des Korreferates bedanke ich mich bei Herrn Professor Dr. med. H. H. Wieck.

Für die Unterstützung und Bereitstellung von Patienten bedanke ich mich vor allem bei Herrn Dr. med. Hach, bei Frau Dr. med. Neumeier, Frau Dr. med. Müller, Herrn Dr. med. Lotter und Herrn Dr. med. Senglein, sowie dem Pflegepersonal der psychiatrischen Stationen der Universitäts-Nervenklinik Erlangen.

Ferner bedanke ich mich für die Bereitstellung von Literatur bei Herrn Dr. med. J. Benos, Herrn Dr. med. Helmut Scharrer sen. und Herrn Dr. med. Armin Scharrer.

Besonderen Dank schulde ich Frau K. Kruse, die freundlicherweise das Schreiben der Arbeit übernommen hat.

Lebenslauf

Am 26. Oktober 1949 wurde ich, Herbert Platzter, als Sohn des Angestellten Oswald Platzter und seiner Ehefrau Rosa, geb. Köhler, in Haidhof, Kreis Schwandorf (früher Burglengenfeld) geboren.

Im September 1956 wurde ich in die Volksschule Rappenbühl eingeschult, die ich 5 Jahre lang besuchte. Von hier aus trat ich dann im September 1961 an das Gymnasium Schwandorf über, dessen neusprachlichen Zweig ich neun Jahre lang besuchte; im Juni 1970 legte ich dort die Reifeprüfung ab.

Nach Abschluß der Schulausbildung begann ich im Wintersemester 1970/71 an der Universität Regensburg mit dem Studium der Humanmedizin. Nach der ärztlichen Vorprüfung im Februar 1973 wechselte ich zu Beginn des Sommersemesters 1973 an die Universität Erlangen - Nürnberg über, an welcher ich nach dem Wintersemester 1975/76 mein Staatsexamen abzulegen gedenke.

Mein Berufsziel ist es, nach der Ausbildung zum Allgemeinarzt eine Landpraxis in der Oberpfalz einzurichten.

Erlangen, im September 1976

Herbert Adolf Platzter

Offsetdruck-Fotodruck

J. Hogl, 8520 Erlangen, Hauptstr. 109 (Nähe Martin-Luther-Platz) Tel. 22990